

関西学院大学審査博士学位申請論文

統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな  
成長」プロセスと SA(Schizophrenics Anonymous)  
の役割の研究

指導教授：人間福祉研究科 芝野松次郎教授

2016 年 2 月

関西学院大学大学院人間福祉研究科

橋本 直子

## 要 旨

本論文の目的は、セルフヘルプグループ（以下、SHG）である Schizophrenics Anonymous（以下、SA）への参加をとおして発現する統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長（spiritual growth）」プロセスを記述し、考察することである。

近年、終末期医療や高齢福祉の現場において、スピリチュアリティへの関心が高まっている。スピリチュアリティは、人間を全人的にとらえるとき重要な領域とされながらも、日常的に意識されることは少なく、重い病気や障害、経済的な困難、人間関係の破綻、愛する人との別れ、差し迫った死というような、危機的状況や人間の限界に直面した時、痛み（スピリチュアルペイン）として顕在化する性質のものである（藤井 2010）。

精神疾患を患うことは、人生においてその人の危機的状況にあるといえ、死にゆく人へのスピリチュアルケア同様に、スピリチュアリティへの理解をもって、この先を生きる精神障害者への援助を考える必要がある。しかし、本邦の精神保健福祉領域においては、精神障害者のスピリチュアリティへの研究や実践でのアプローチについて、これまでほとんど言及されたものがない。そこで、本研究では①スピリチュアリティに関する先行研究を行い、②本研究でのスピリチュアリティの視座と研究枠組みを提示し、③先ず SHG である SA がスピリチュアルな成長を志向する場であること（仮説 1）を検証した上で、④そこに参加する統合失調症者のメンバーにスピリチュアルな成長が現れる（仮説 2）という仮説に基づき、個人のメンバーのリカバリー過程に焦点を合わせ、スピリチュアルな視点からそのプロセスを詳述して「スピリチュアルな成長」プロセスを検討することを試みた。

本論文は上記の内容にそって 7 章から構成される。

第 1 章では、先ず、現在様々な領域で語られているスピリチュアリティやスピリチュアル概念とはどのようなものであるかを文献から精査し、その多義性と人間存在の根源にかかわるものであることを確認した。そして、欧米のソーシャルワークでの実践や研究の動向について概観し、援助においてスピリチュアルに敏感なソーシャルワークが求められていることを確認した上で、本邦のソーシャルワークにおいては宗教的、文化的背景の違いから、実際には具体的な援助や介入について検討の必要性があること、しかし、一方でその差異をこえてスピリチュアリティに向き合う意義を述べた。

第 2 章では、欧米の精神保健領域でのスピリチュアリティ研究を概観し、その上で本邦での精神障害者へのスピリチュアリティの視点をもった援助の可能性について論じた。文

献からは、精神障害者のリカバリーにおいてスピリチュアリティが、人生の一貫性や目的、あるいは社会的サポートとの関連において重要であることが実証的研究によって明らかにされていた。本邦でのスピリチュアリティへのアプローチにおいては、精神疾患を患うことで、人生における自己の連続や、社会との関係性の断然の中で顕著に顕れるスピリチュアルペインに先ず目を向けることの重要性を指摘し、文化や現場の状況と照らしあわせて考えられる実践のアプローチとして、語りの場としての SHG の可能性を提示した。

第 3 章では、Carroll (2001) のホリスティックモデルと、林の「問い」と「答え」のスピリチュアリティの視座 (2011) を援用し、筆者の精神保健福祉領域におけるスピリチュアリティへの視座を示した。Carroll の理論では、成長プロセスとしてのスピリチュアルな発達の視点がとりあげられ、林の理論では実存的・自覚的に「問う」ことを定位として展開されるスピリチュアリティへの理解が示されており、この両者から「問い」「問い」続けていくことを支援することが、スピリチュアルな視点をもったソーシャルワーク実践になるとの筆者の考えを示した。そして、本研究の仮説及び研究と実践との関連について説明した。

第 4 章では、SHG である SA について、北米での展開と本邦での展開について記述した。また、日本の SA の現状把握のために実施したヒアリング調査から日本の SA の特徴と支援の課題についてまとめた。

第 5 章では、仮説 1 を検証するために 2 つの質的調査を実施した。1 つ目は、日本で最初に始まった SA (浦河) グループメンバーへのフォーカスグループインタビュー調査から、SA が参加者のリカバリーにおいて「スピリチュアルな成長」を志向している場であること検証した。2 つ目は、その浦河 SA をモデルとして創られた SA (大阪) が、浦河 SA と同様に「スピリチュアルな成長」を志向する SHG の場として成り立っているかを参加メンバーの個別インタビュー調査から検証した。

第 6 章では、仮説 2 を検討するために、SA 参加前と参加後 5 年間に実施したインタビュー調査データ・手紙・手記を中心に、SA グループ (大阪) の中心人物であった A 氏の「スピリチュアルな成長」について事例分析をおこなった。SA 参加後の分析では「自己に向かう」「他者とのつながり」「自分を超越するもの (超越者)」の 3 つの視点を分析軸とし、時系列に経過を追い内容を記述し、A 氏の変化を考察した。その結果、本研究から明らかになった A 氏の「スピリチュアルな成長」は「自己と向き合い、自己をいとおしむ」「他者を信じ、他者とつながる」「超越者を信じ、自己を委ねる」ことの深化のプロセスで

あった。

第7章では、結論として、A氏の「スピリチュアルな成長」プロセスとSAの展開から「スピリチュアルな成長」とスピリチュアリティの視点をもった援助について論考し、最後に本研究の限界と課題について述べた。

A氏の経験をスピリチュアリティにおける「自力」「他力」との関係においてプロセスを整理した結果、本研究から結論づけられた統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長」とは、病気によって発現したスピリチュアルペインを日々の出来事や他者とのかかわりの中で実存的・自覚的に問い続けることで、自己と他者（超越者も含む）とつながり、絶え間ない変化とともに、人の限界と有限性において、自己と他者、その存在を慈しみ生きていく日々の生であったといえる。また、A氏の変容とソーシャルワーク実践の考察からは、援助は側面的なものであり、A氏の成長と変容の実際は、日常の生活と時間で起こってくる出来事の中に、SAという自己を語り、仲間と分かり合い、「偉大な力」に触れる“場”を得て引き出されたものであり、A氏自身が自らの生を創造していったものと考えられた。

最後に、SAが地域で展開されることは統合失調症者への実践的なスピリチュアリティの視点をもった援助の1つになる可能性は示されたが、その発展においては、援助者がSHGの場の本質を理解し、かかわることの重要性を指摘した。

本研究の限界は、SAという限定された場の1つの「スピリチュアルな成長」の在りようを捉えているという点、本事例で捉えたスピリチュアルな成長プロセスはA氏固有のプロセスであり普遍化することはできないという点、研究における筆者の援助者としての立ち位置からくる対象者への影響と解釈における視点の問題などがあげられ、仮説の設定、対象、そして、アプローチの方法において限定的で個別性が高いものであるということは否めない。

今後の課題としては、次の3点があげられる。

1. A氏のさらなる成長についての記述と検討。
2. 他の統合失調症者のスピリチュアルな成長プロセスの検証。
3. 他国のSAグループにおける「スピリチュアルな成長」についての検証。

こうした各々の検討においてもスピリチュアルな成長プロセスが普遍化されるものではないが、これらの積み重ねによって、さらなるスピリチュアリティの多様性とその本質に迫ることができるのではないかと考える。

## 目次

序章	1
I 本研究の目的と意義	1
1. 研究の目的	1
2. 研究の意義	1
II 本論文の構成	3
第1章 スピリチュアリティとソーシャルワーク	5
I スピリチュアリティ概念	5
1. スピリチュアリティへの注目	5
2. スピリチュアリティと宗教	5
3. スピリチュアリティ概念と定義	7
II スピリチュアリティとソーシャルワーク実践	11
1. スピリチュアリティを志向したソーシャルワーク研究の動向	11
2. ソーシャルワーク実践におけるスピリチュアリティへの志向	13
1) ソーシャルワーカーのスピリチュアリティ/宗教へのコミット	13
2) ソーシャルワーカーの自己覚知とコンピテンス	14
3. 日本のソーシャルワーク実践にむけて	15
1) 日本のソーシャルワーク実践での課題	15
2) 精神障害者へのソーシャルワーク実践でスピリチュアリティの視点をもつ意義	17
第2章 精神障害者のリカバリーにおけるスピリチュアリティの視点	19
I 欧米の精神保健領域におけるスピリチュアリティ	19
1. スピリチュアリティの捉え方	19
2. 精神症状の病理としての宗教/スピリチュアリティとこころの苦悩としての宗教/スピリチュアリティ	20
II リカバリーにおけるスピリチュアリティ	22
1. リカバリーとは	22

2. 日本の精神障害者がおかれてきた状況とリカバリー概念の意義	23
3. リカバリーの定義	24
4. リカバリーにおけるスピリチュアリティの実証的研究	25
5. 宗教/スピリチュアリティへのアプローチ	28
Ⅲ 日本におけるスピリチュアリティへのアプローチに向けて	30
1. 宗教とスピリチュアリティの観点から	30
2. 存在の危機としてのスピリチュアルペインとスピリチュアリティへの視点 .....	31
3. セルフヘルプグループでのアプローチの可能性	33
第3章 本研究におけるスピリチュアリティの視座と研究の枠組み	36
Ⅰ 本研究におけるスピリチュアリティの理論枠組みと視座	36
1. Carroll のホリスティックモデル	36
2. 林の「問い」と「答え」のスピリチュアリティ	38
3. 本研究でのスピリチュアリティの視座	40
1) 基本的視座	40
2) 精神保健ソーシャルワーク実践における「問い」からはじまる支援	41
Ⅱ スピリチュアルな成長 (spiritual growth) の場としての SA	42
1. AA (Alcoholics Anonymous) における回復とスピリチュアリティ	42
1) AA とは	42
2) AA の回復と 12 ステップ	43
3) AA のスピリチュアリティ (霊性) と 12 ステップ	45
2. 人生の終末におけるスピリチュアルケアと AA	49
3. AA と SA	50
Ⅲ 本研究の枠組み	52
1. 本研究の視点と仮説	52
2. 本研究の特徴	53
第4章 SA (Schizophrenics Anonymous) の展開と課題	57
Ⅰ SA (Schizophrenics Anonymous) とは	57

1. SA の活動	57
2. SA の回復と 6 ステップ	57
3. SA のミーティングと運営	60
4. カナダ(Saskatoon)の SA の歴史と AA の接点	62
II 日本での SA の展開	63
1. SA の開始と 8 ステップ	63
2. SA グループのひろがり	65
III 大阪 SA (OSA) の設立と支援	66
1. OSA の創出と展開の概要	66
2. 機関内 G の発展から SHG に至る PSW のかかわり	67
3. OSA の創出と活動への PSW のかかわり	69
4. OSA の自立	70
IV 全国の SA グループの実態 ～ ヒアリング調査から ～	72
1. 目的	72
2. 方法とデータ分析	73
3. 倫理的配慮	73
4. 結果	73
1) 現在のグループの形式	73
2) ミーティングスタイル	74
3) 運営や広報	74
4) 支援者と支援	74
5) 現状の課題	74
5. 考察	76
第 5 章 「スピリチュアルな成長 (spiritual growth)」 の場としての SA の検証	81
I 調査 I 浦河 SA での調査	81
1. 目的	81
2. 対象	81
3. 倫理的配慮	82
4. 調査方法	82

5. 分析方法	83
6. 結果	83
7. 考察	90
1) スピリチュアルな成長 (spiritual growth) を志向する場	90
2) スピリチュアルな成長 (spiritual growth)	90
3) 地域性と SA	91
4) 本研究の限界	92
II 調査Ⅱ 大阪 SA での調査	92
1. 研究の背景	92
2. 調査の目的と方法	93
1) 目的と視点	93
2) 対象	94
3) 倫理的配慮	94
4) 調査方法と分析方法	94
3. 結果	96
4. 考察	102
1) グループの構造の違いとセルフヘルプの確立	102
2) ステップや偉大な力への理解	103
3) ミーティングの場での認識の変化	104
4) スピリチュアルな成長 (spiritual growth) を志向する場	104
5) 実践での SA の位置づけと支援	105
6) 本研究の限界	105
第6章 リカバリーにおける「スピリチュアルな成長」プロセスの記述	107
I 目的	107
II 研究の枠組	107
III 研究方法	108
1. 方法	108
2. 対象者	110
3. 倫理的配慮	114



4. 分析の枠組み	114
IV 結果と考察	115
1. SHG 参加以前の A 氏（1997 年～2007 年：初診～機関内 G 参加時期）	115
2. SHG 参加後の A 氏（2008 年～2014 年：SHG 設立～参加時期）	121
1) 『自己に向かう』	121
（1）経過	121
（2）考察	126
2) 『他者とのつながり』	127
（1）経過	127
（2）考察	131
3) 『自分を超越るもの（超越者）とのつながり』	133
（1）経過	133
（2）考察	138
VI 全体的考察	139
1. A 氏のスピリチュアルな成長	139
2. A 氏にとっての回復	140
第 7 章 「スピリチュアルな成長」とスピリチュアリティの視点をもった援助	143
I スピリチュアリティの多義性と「スピリチュアルな成長」	143
1. 「究極的自己」と「自力」	144
2. 「自力」と「他力」の間：水平軸の他者とのかかわりの中で	144
3. 「超越的他者」と「絶対他力」	145
4. 統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長」	146
II スピリチュアルな視点をもった援助	147
1. 変容の過程としてのソーシャルワーク実践	147
2. SA の支援の方向性	150
1) ミシガンの SA とミシガン精神保健協会とのパートナーシップの展開	151
2) 日本の SA の今後と支援のあり方	152
III 本研究の限界と課題	153

謝辞	157
【引用・参考文献】	159
【資料】	170
資料 1-1 AA の 12 の伝統	170
資料 2-1 精神障害者のための回復の 8 ステップ（浦河版）2001.8	171
資料 2-2 SA 各グループの経過一覧	173
資料 2-3 聞き取り調査のご依頼	178
資料 3-1 SA 参加の方々へ	179
資料 3-2 インタビューの手順	180
資料 3-3 承諾書	181
資料 3-4 i インタビュー調査の協力について	182
資料 3-4 ii インタビュー調査の協力について	183
資料 3-5 インタビュー調査への承諾	184
資料 4-1 インタビュー依頼書	185
資料 4-2 インタビュー調査への協力について	186
資料 4-3 インタビュー調査のお願い	187
資料 4-4 インタビュー調査への承諾	188
資料 4-5 A 氏の生活状況とライフイベント	189

## 序章

### I 本研究の目的と意義

#### 1. 研究の目的

本研究の目的は、セルフヘルプグループ（以下、SHG）である Schizophrenics Anonymous（以下、SA）への参加をとおして発現する統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長（spiritual growth）」プロセスを明らかにすることである。

本研究では、まず、SA という SHG の場が「スピリチュアルな成長」を志向する場であること検証する。そして、そこに参加する統合失調症者のメンバーに「スピリチュアルな成長」が現れるという仮説に基づき、個人のメンバーのリカバリー過程に焦点を合わせ、スピリチュアリティの視点からそのプロセスを詳述して「スピリチュアルな成長」プロセスを検討した。

#### 2. 研究の意義

この 10 数年の間に本邦の医療や福祉の分野で、スピリチュアリティやスピリチュアルケアという言葉が以前と比べれば随分と認知されようになった。特に、緩和ケアや高齢者領域においては多くの実践報告や研究がみられる。

スピリチュアリティは、人間を全人的に捉えるときに重要な領域とされながらも、日常的に意識されることは少なく、重い病気や障害、経済的な困難、人間関係の破綻、愛する人との別れ、差し迫った死というような、危機的状況や人間の限界に直面した時、痛み（スピリチュアルペイン）として顕在化する性質のものである（藤井 2010）。

精神病を患うということは、その人にとっての人生の危機的状況である場合が多いにもかかわらず、医学モデルが中心であった精神科医療の中では、精神障害者のスピリチュアルペインは、多くの場合、問われも語られもしなかった。しかし、一方で、我々は援助の場において、疾患の苦しみや生活の困難さの中で「死ねるなら死んでしまいたい」「いつ死んでもかまわない」「生きている意味が分からない」といった「生」への極めて根源的な問題を患者や利用者に問われること、あるいは言葉として表出されないがその人のこころのうちにその痛みを感じることを誰しもが経験している。

病気になり社会とのつながりを失い、症状を抱え混乱した内的世界の中において、精神

障害者は、他者とのつながりや内的な自己とのつながり、そして将来への希望を失い、スピリチュアルペインが表出するのである。このような観点から捉えれば、死にゆく人へのスピリチュアルケア同様に、スピリチュアリティへの理解をもって、この先を生きる精神障害者への援助を考える必要があるといえる。

また、新薬の開発、インフォームドコンセント・インフォームドチョイスの広がり、情報へのアクセス、当事者活動の広がり、地域での生活を基盤した支援活動の展開など、当事者にとっては以前と比すれば医療や保健福祉的環境が整えられてきているとはいえ、個々人にとっては自らの人生において自分の病気を受け入れ、病とともに生きていく困難さは大きく変わっていないと想像される。慢性疾患を抱え、そして、いまだ根強く残る偏見や差別に悩み苦しむ精神障害者に対して、援助者がスピリチュアルな領域について理解し、アプローチすることは、精神障害者の QOL を高めるためにも必要である。

一方で、近年、精神障害者の体験から築きあげられてきたリカバリー概念が提唱されてきており、その中で主観的体験の 1 つにも関わるスピリチュアリティの重要性が欧米では言及されている (Miller 1990; Sullivan 1993; Fallot 2001; Hodge 2004)。統合失調症からの回復者でもある精神科医の Fisher (2005) は<sup>注1)</sup>、リカバリーを「もとの状態に戻ることではない、精神的なもの、自分本来あるものになること、成長・発展し、より高い段階へいくもの」と表現し、リハビリや社会復帰以上のものであると述べている。リカバリーの構成要素の 1 つとしてあげられるスピリチュアリティを理解することは、先で述べたこれまでの精神科医療の中で、あまりにも見過ごされてきた「精神病を患う」ということの精神障害者にとっての主観的な事実への深い洞察もたらし、リカバリーの本質へと援助者を導く。そして、それは、たとえ重い障害を持つ人であっても、自身の障害を認めていない人であっても、その人なりの回復を信じる、というリカバリー志向の援助において重要な援助者の構えをもたらすだろう。

本研究は 1 実践の場での個人に焦点を当てた限定された事例研究であり普遍化できるものではないが、時間的経過における「スピリチュアルな成長 (spiritual growth)」プロセスを記述し検討することが、本邦ではほとんど言及されていないリカバリーにおける統合失調症者のスピリチュアリティについての理解を深め、また援助の視点について知見をもたらすものであると考える。

また、本研究の 1 つの焦点でもある SA は Alcoholics Anonymous (AA) をモデルとし

てつくられた統合失調症とそれに関連する人々の SHG であり、「スピリチュアルな成長」が志向されるグループとして仮定される。筆者は本邦の精神保健福祉におけるスピリチュアルな領域へのアプローチを考えると、SA というセルフヘルプの場が地域で展開されていくことが、当事者にとってより現実的で効果的な援助になるのではないかと考え、本研究を開始した。また、それと並行し、筆者が働いていた現場で SA グループの創出と展開を支援してきた。そうした経過から本研究の成果は、直接的に実践に還元され、その効果の波及が期待されるものである。

## Ⅱ 本論文の構成

本論文の構成を以下の図 1 に示す。

第 1 章では、まず、現在様々な領域で語られているスピリチュアリティやスピリチュアル概念とはどのようなものなのか文献を精査した。次に、欧米のソーシャルワークでの実践や研究の動向について概観し、援助においてスピリチュアルに敏感なソーシャルワークが重要な要素であることを示し、そして、日本のソーシャルワークにおける課題と意義をあげた。

第 2 章では、精神保健福祉領域でのスピリチュアリティ研究を精査し、その上で本邦での精神障害者へのスピリチュアリティの視点をもった援助の可能性について論じた。欧米の文献からは、精神障害者のリカバリーにおいてスピリチュアリティが重要であることが示唆されていた。そこから、本邦の文化や現場の状況と照らしあわせ、スピリチュアリティへのアプローチの 1 つとして、リカバリーを促進する SHG という場の可能性を提示した。

第 3 章では、本研究の視座と研究の枠組みについて説明した。ここでは、Carroll と林の理論をベースとして取りあげ、筆者の精神保健福祉領域におけるスピリチュアリティへの視座を示し、AA をモデルとした SHG である SA に着目した根拠を示した上で、さらに、本研究の仮説及び研究と実践との関連について説明した。

第 4 章では、SA について概観し、日本の SA の現状把握のために実施したヒアリング調査から日本の SA の特徴と支援の課題についてまとめた。

第 5 章では、仮説 1 を検証するために 2 つの質的調査を実施した。1 つ目は、日本で最初に始まった SA（浦河）グループメンバーへのフォーカスグループインタビュー調査か

ら、SA が「スピリチュアルな成長」を志向する場であること検証した。2 つ目は、SA（浦河）をモデルに新たに創設された SA（大阪）が、浦河 SA と同様に「スピリチュアルな成長」を志向する SHG の場として成り立っているかを参加メンバーの個別インタビュー調査から検証した。

第 6 章では、仮説 2 である SA グループ（大阪）の中心人物であった A 氏の「スピリチュアルな成長」について、SA 参加以前と SA 参加の 10 年間に実施した 4 回のインタビュー調査のデータ・手紙・手記を軸とした事例分析をおこない、A 氏の「スピリチュアルな成長」プロセスを記述し検討した。

第 7 章では、結論として、A 氏の「スピリチュアルな成長」プロセスと SA の展開からスピリチュアルな成長とスピリチュアリティの視点をもった援助について論考し、最後に本研究の限界と課題について述べた。

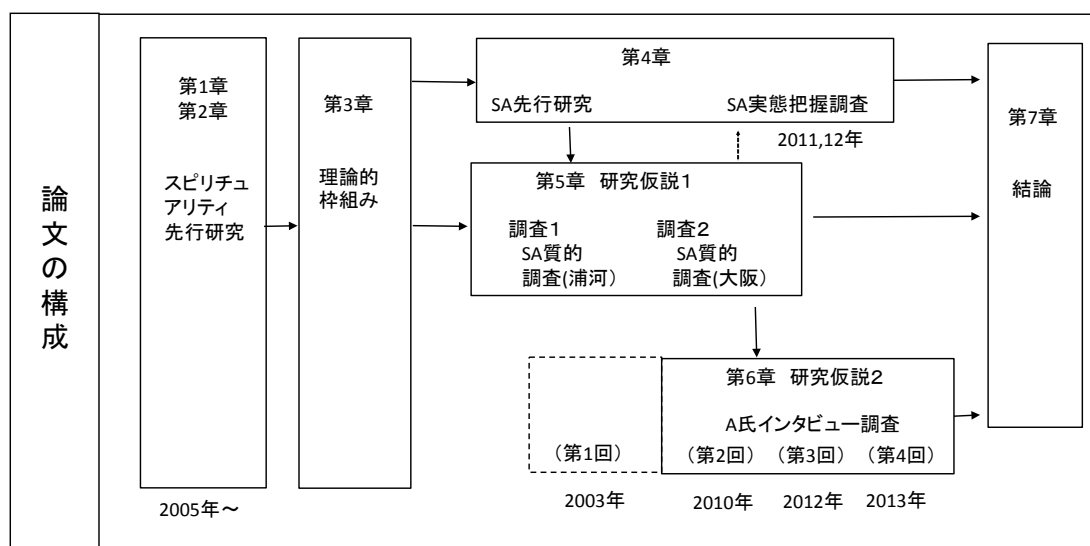


図 1 論文の構成

注 1 ) Daniel Fisher. 医師, 博士(M.D., Ph.D.) National Empowerment Center, Lawrence, Massachusetts. 講演会（共催 大阪セルフヘルプ支援センター／大阪精神障害者連絡会）が 2005 年 11 月 19 日に大阪社会福祉研修センターで開催された。

## 第1章 スピリチュアリティとソーシャルワーク

### I スピリチュアリティ概念

#### 1. スピリチュアリティへの注目

スピリチュアリティという言葉は、1989年にWHOの理事会においてそれまでの健康定義「身体（physical）、精神的（mental）、社会的（social）に全てが満たされている状態」に「spiritual」を含むべきかという議論において注目されるようになった。この提案は、中東諸国やアフリカ諸国の代表者たちの宗教やスピリチュアルな感覚は人々の健康に多大に影響を及ぼすものという認識を背景に出されたものであった（田崎 2001）。その後、WHOでは、WHOQOLのSRPB（spirituality, religiousness, and personal belief）調査開発がおこなわれ、2002年にはスピリチュアルな概念構造は“絶対的な存在とのつながりと力”“人生の意味”“自然への畏敬の念”“統合性・一体感”“スピリチュアルな強さ”“心の平安・安寧”“希望・楽観主義”“信仰”とされた（田崎 2006）。

WHOが現代科学の主流においても客観主義かつ即物的な世界観に対して真っ向から異なるアプローチを受け入れたのには、環境破壊による気候異変を契機に、自然の循環の一部として捉える人間存在のあり方に対する模索や、1980年代からのヨーロッパでの人間性心理学や北アメリカでのトランスパーソナル心理学の台頭、1990年代後半からの北アメリカでの代替医療や補完医療のひろがりといった要因が考えられる（田崎 2006）。このような背景のもとで、特にこの十数年、日本においても宗教学をはじめ、社会学や心理学、医療（特に緩和ケア臨床）、福祉といった様々な領域分野でスピリチュアリティについて言及されるようになった。

#### 2. スピリチュアリティと宗教

スピリチュアリティという概念の定義は、一定のコンセンサスは得られてはいない。現在、研究者によって、領域によって捉え方は様々であり、その曖昧さ広範さをとどめながらそれぞれの文脈において用いられている。宗教学分野では「神（超越者）」との関わり、心理学分野であれば「自己超越や自己実現」との関わり、医療や福祉分野であれば「人生の意味や目的」との関わりにそれぞれ重点を置き意味づけられているとも捉えられる。また、宗教／スピリチュアリティと健康に関して多くの科学研究を手がけてきた医師の

Koenig (=2009:16) は、「スピリチュアリティは、科学的研究を行うときは厳密な定義が必要であるが、臨床場面では、できるだけ幅広く定義することがより実用的である」と臨床医の一般点な目的は、患者の対処を助ける信念を支援しようとすることであり、それゆえに最も広い定義でスピリチュアリティを用いることが臨床では意味があるという主張から、研究と臨床で2つの定義を用いることさえ提示している。

定義をめぐる議論では、どの分野においても、宗教との関連性に関心が寄せられてきた。これは、スピリチュアリティの語源はもとを辿れば、キリスト教的影響を強く受けたラテン語の *spiritus* という「風」や「息」を示す言葉であり（永見 2003:52）、本来「宗教」と深い関連があるという前提による。

安藤（2005）は、純粋な定義の問題として、宗教との関係は①「宗教」を含んだ、より広い概念として「スピリチュアリティ」をとらえる、②「宗教」と「スピリチュアリティ」とは重なる部分があるが、とりあえずは区別できるとする、③「宗教」の一つの本質的な要素として、「スピリチュアリティ」をとらえる、④「宗教」と「スピリチュアリティ」は別ものととらえる、の4つの可能性を示し、諸定義が何らかの形で宗教との関係には触れているという。しかし、また、それぞれの特定の立場からのスピリチュアリティ理解やその概念の中でも、これら4つの複数の見方が混在している場合もあることを指摘している。また、英語圏での *spirituality* という語は、*religiousness*（ないしは *religiosity*）という語とほとんど同じ意味のものとして用いられてきており、今日のように「宗教性」とは（重なり合いつつも）異なった語義で意識的・自覚的に用いられるようになったのは、概ね1980年代以降のことであり、そこにはスピリチュアリティという語を用いる意図、それぞれの文化的・社会的背景が入り混じるという多様な文脈と背景があり、「スピリチュアリティ」という語が、「宗教」と「世俗（非宗教）」の媒介、「宗教」と他の「宗教」との間の媒介概念となっているという（安藤 2005）。

この多義にわたる関係性の中で、領域や立ち位置によって、それぞれの論者が異なる定義をしているのである。

現在、医療・保健・福祉の場においては、ケアをうける患者の全てが対象となるよう宗教とスピリチュアリティを区別する傾向が強いといえる。ただし、欧米の研究の多くは、宗教性を排除するものではなく、むしろ宗教性を含む *spirituality* や *spirituality / religiosity* と並べて、宗教性をスピリチュアリティに含めて研究されているものが多い（藤井 2013）。



欧米では、宗教とスピリチュアリティのこのような背景の中、「宗教 (religious)」の制度的、組織的側面を除いたものを「スピリチュアリティ (spirituality)」と理解し、定義づけられることが一般的になっている。このような定義は例えば、以下のようなものである。

(スピリチュアリティ)「自己や共同体が『聖なるもの』に充分かわり表現する方向に向かって、生きた変容が促されるのを助ける教義や実践に関わるもの」、(宗教)「聖なるものとみなされるものと関連する教義・儀式・神話・体験・倫理・社会構造などの組織化された形を意味する」

Rothberg (1993)

「人間の実存の普遍的、根源的意味にかかわり、それは、意味や目的、そして自己と他者と絶対者に関わる道徳的な枠組みの探求である。この意味において、スピリチュアリティは、宗教的な様式を表現しているが、一方で、宗教から独立したものとしても理解される」

Canda & Furman (1999 :37)

逆れば、鈴木大拙(1972:19-20)は『日本的靈性』の中で「一般に解している宗教は、制度化したもので、個人的宗教経験を土台にして、その上に集団意識的 worked を加えたものである。靈性の問題は、そこにも固よりこれあるのであるが、多くの場合、単なる形式に墮するを常とする。宗教的思想、宗教的儀礼、宗教的秩序、宗教的情念の表象などというものがあっても、それらは必ずしも宗教経験それ自体ではない。靈性はこの自体と連関している」と述べており、靈性を「宗教的意識」とも言っている。

つまり、スピリチュアリティは個人の内的次元への探求に目を向けることに焦点づけられることで、制度的な信仰システムである宗教とは異なるもの、区別できるものとして定義づけられているのが、現在のスピリチュアリティであるといえる。

### 3. スピリチュアリティ概念と定義

以下では、スピリチュアリティの定義や概念を概観しながら、多方面からのスピリチュアリティを理解していくことにする。

現象学派心理学のElkinsら (1988) は、スピリチュアリティを「超越的次元の存在の自覚によって生じる存在・経験様式のひとつであり、それは、自己、他者、自然、生命、至

高の存在と考える何かに関する一定の判別可能な価値観によって特徴づけられる」と定義している。また、彼らは、この定義を行うにあたって、「人間の経験の中にはスピリチュアリティとしか呼びようのない次元がある」「スピリチュアリティは人間的現象であり、潜在的には誰にでも起こりうる」「スピリチュアリティは宗教と同じではない」「スピリチュアリティを定義し、それを評価する方法を開発できる」という4つの仮説をたて、尺度開発と測定のために「スピリチュアリティ」を9つの要素に分解して以下のように再定義している。

超越的次元の存在：超越的次元，すなわち何かしら「見えない世界」の存在を信じ，それと繋がることで力を得ていると感じる。

人生の意味と目的：人生には意味があり，存在には目的があると確信している。

人生における使命：生への責任，天命，果たすべき使命があると感じる。

生命の神聖さ：生命は神聖であると感じ，畏怖の念を抱く。

物質的価値：金銭や財産を最大の満足とは考えない。

愛他主義：誰もが同じ人間であると思い，他人に対する愛他的感情を持つ。

理想主義：高い理想を持ち，その実現のために努力する。

悲劇の自覚：人間存在の悲劇的現実（苦痛，災害，病気，死など）を自覚している。そのことが逆に生きる喜び，感謝，価値を高める。

スピリチュアリティの効果：スピリチュアリティは生活の中に結実するもので，自己，他者，自然，生命，何かしら至高なる存在等とその個人との関係に影響を与える。

心理学者で精神科医である安藤（2007）は「人間に本来的に備わった生の意味や目的を求める無意識的欲求やその自覚を言い表す言葉である」と定義づけ、「生」はそのまま「死」と言い換えることが可能であり、「自覚」という言葉は，態度，行動，洞察，価値観などを一言で表現したものであると説明している。また，現在の「スピリチュアリティ」は必ずしも「宗教意識」や「超越的次元」の自覚や目覚めの体験に基づくものに限定されてはいないと分析し，それにおいて差し支えはないが，やはりバックボーンとして「宗教意識」や「超越的次元の自覚」が重要なものとして，スピリチュアリティの定義に含めないならば，その本質が損なわれたものになりかねないとの考えを示している。

教育哲学者の西平（2007）は，スピリチュアリティ概念の多様性とその論点を浮き彫りにするためにスピリチュアリティを「<sup>スピリチュアリティ</sup>霊性（宗教性）」「<sup>スピリチュアリティ</sup>霊性（全人格性）」「<sup>スピリチュアリティ</sup>霊性（実存性）」

「靈性（大いなる受動性）」の4つの位相から捉え、それぞれの理解と相互の関連性について整理している。第1の位相は、スピリチュアリティを「宗教性」として理解し、「身体的」「心理的」「社会的」の3領域として独立した1つの領域として、第2の位相は、第1の位相に対して1領域ではなく「ひとりの個人という全体性」にまると関わり、「身体的」「心理的」「社会的」とは次元が異なるという理解をする（西平 2007:75）。第3の位相は、「人生の意味」「生きる意志」「信念・信仰」と説明してきた規定に相当し、各人がわが事として切実に感じ取る「主体的・主観的な自覚」に関わる事柄であり、第4の位相は、絶対的な受動性（絶対他力）として理解し、実存的な自覚の極点において「私が生きている」という主体的・能動的方向が反転して、「生かされている」という受動的・受容的・受け身的な実感になるという。そして、これらの位相で強調する側面が異なり、スピリチュアリティという言葉の含意するすべての意味を全体的に理解しようとする、と、矛盾ばかりが目につき混乱が生じると指摘し、「靈性」という言葉をいかしながら、文脈に即した意味内容の一側面を補足的な訳語として付け加え、「スピリチュリティ（もしくはスピリチュアル）」のルビを用いることを提案している。

また、看護学の領域でも様々に言及されている。Stoll (1989) は「スピリチュアリティには垂直的次元と水平的次元がある。垂直的次元は神、超越者、至高価値とのつながりを言い、水平的次元は自分自身の信念や価値観、ライフスタイル、生活の質、また、自己、他者、あるいは自然との相互作用による神との関係という至高なる体験の反映およびその具現である」(Taylor =2008:5) と述べ、Reed (1992) は「スピリチュアリティとは、自己を超越した諸次元とのつながりを実感することにより、人生に意味を与える性向のことである。それは個人の価値を低めるものではなく、人に活力を付与する。この多面的関係性とは、イントラパーソナルな関係(自己内部との結合性)、インターパーソナルな関係(他者や自然環境との結合性)、及びトランスパーソナルな関係(人間の目に見えない存在、神、人間をはるかに超えた権能力との結合性)の体験であろう」(Taylor =2008:5) と定義する。また、こうした看護系の文献にあげられているスピリチュアル概念にも、「インスピリティング (Inspiring)」、「スピリチュアル・クオリティ・オブ・ライフ (Spiritual Quality of life)」、「スピリチュアルウェルビーイング (Spiritual well-being)」、「スピリチュアルな不均衡 (Spiritual disequilibrium)」、「スピリチュアルニード・問題・心配、霊的苦悩 (spiritual distress)」、「スピリチュアルペイン、スピリチュアルな疎外」、「スピリチュアルな不安・罪悪感・怒り・喪失・絶望」、「スピリチュアルな視座」といった多様な様相

がある (Taylor =2008:6-8)

がんに苦しむ人々の指針を示した WHO 専門委員会報告書 (1990) ではスピリチュアルを人間として生きることに関連した経験的一側面であり、身体的感覚的な現象を超越して得た体験を表す言葉とし、「スピリチュアルは『宗教的』と同じではないが、多くの人々にとって、生のスピリチュアルな側面は、身体的、心理的、社会的な因子を一つに統合する因子と見なされる。スピリチュアルは意味や目的への懸念として認識されることが多く、人生の終わりに近づいた人にとっては、許す、和解する、価値を承認するという必要に関連していることが多い」 (=1993:48) と説明される。ここでは、死に近づいている患者は全人的な存在で、全人的ケアにおいて身体的・精神的・社会的苦痛の緩和のみならず、スピリチュアルな苦痛に配慮することが位置づけられている。

緩和ケアで臨床、研究をおこなっている河 (2005) は「個人の生きる根源的エネルギーとなるものであり、存在の意味に関わる。したがって、そのありようは個人の全人的状態、すなわち、個人の身体的、心理的、社会的領域の基盤として各側面の表現系に影響をおよぼす」とスピリチュアルな領域が他の 3 領域の中心 (根源) にあるものと定義している。

日本のスピリチュアルケア研究の第一人者といえる窪寺 (2004:7) は「人生の危機に直面して“人間らしく”“自分らしく” 生きるための“存在の枠組み”“自己同一性”が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である」と定義し、スピリチュアリティの本質は、知性、理性、感性、悟性などと同様に、人間が生得的にもっているもので、危機状況の中でも生きる意味や目的を見つけ出し、かつ死後の世界の問題を解決して生きるための機能と説明する。

また、ビハークでチャプレンとしてスピリチュアルケアを行っていた谷山 (2008:23) も、同じく機能論的に「人間を通して感じられる・表現される、安定・回復・成長をもたらす不可視・不可知な機能」とスピリチュアリティを定義し、「わたし (=自意識)」が、危機に陥ったときに「対象 (=自分が思いを向ける対象) に対して何かを求め、苦悩を味わう時をすごしながら、それに対して直接・間接的に、もしくは突然何か“与えられる”ことがあり、このときの「わたし」は、「わたし」以外のものが主体となっているという体験<sup>注1)</sup>」をスピリチュアルな体験と言えると述べている。そして、このときに求める次元が超越、現実、内的の 3 次元であるとする。

以上、様々な定義や概念を概観してきた。領域によってその強調をおく側面は異なるが、しかし、共通して捉えられるものはスピリチュアリティが人間の存在を支える根源的な領

域であり（藤井 2013）、「生きる目的や意味」といった実存的次元と、「自分を越えた力や存在」といった超越的な次元にかかわるものであるということである。言い換えれば、それはスピリチュアリティを理解する上での重要なキーワードである「意味」と「関係性」である（藤井 2010）。一方で、スピリチュアリティが「機能」であるのか「状態」であるのか、「全体」であるのか「部分」であるのか、「内面性」か「外面性」といった点においては多義的な意味をもつゆえに、一般的にはスピリチュアリティが捉えどころのない概念として認識されるのである。

では、次にスピリチュアリティを志向したソーシャルワークの展開について、アメリカの研究を中心に概観する。

## Ⅱ スピリチュアリティとソーシャルワーク実践

### 1. スピリチュアリティを志向したソーシャルワーク研究の動向

ソーシャルワークの源流は宗教的活動にあり、19 世紀以前では、宗教と社会福祉は一体のものであり、あえてそれを分離して議論するまでもなかった（木原 2003:31）。その後、「脱宗教化」の時代を経て、現在まで、科学的アプローチを強調することでソーシャルワークは発展、確立してきた。一方、こうした専門化・世俗化の過程で、欧米においても宗教やスピリチュアリティに慎重な態度をとるようになっていった。しかし、近年その科学的アプローチへのアンチテーゼともいえるソーシャルワーカー自身の主観的なスピリチュアリティへの認識の高まり、クライアントの生活や治療の中でスピリチュアルな事柄への表出がより日常化していること、また社会全体（メディアやエンターティメント等を含む）の関心の高まりといった状況の中で、スピリチュアリティについて関心が向けられるようになってきている。こうした潮流において、人と環境のインターフェイスに関心をもち、これまで生物・心理・社会的な視点から人を理解してきたソーシャルワークにおいて、スピリチュアリティの次元がホリスティックな人間理解においては必要不可欠なものであると捉えられるようになったのである。

近年のソーシャルワークにおけるスピリチュアリティ研究の第 1 人者は、カンザス大学の Canda Edward R. である。Canda（1988）の論文“Conceptualizing Spirituality for Social Work Insights from Diverse Perspective”がソーシャルワークとスピリチュアリティの議論の端緒となり（木原 2003:36）、その後、90 年代にスピリチュアリティに関連し

た研究が増加した。1990 年には、Canda が「スピリチュアリティとソーシャルワーク学会 (Society for Spirituality and Social Work)」を設立し、さらに、1999 年には Furman との共著で、大著「Spiritual Diversity in Social Work Practice」を刊行した。これにより、アカデミックなレベルでソーシャルワークのなかにスピリチュアルな議論が浸透し(木原 2003:37)、その後も Canda, Sheridan, Hogde などによって多くの論文が発表され、実証的研究も増えてきた。

Modesto ら (2006) はソーシャルワークでの宗教とスピリチュアリティ調査の系統的レビューをおこなっているが、これによると 1995 年～2000 年に 6 つの主要雑誌 (Social Work, Social Service Review, Family in Society, Social Work Research, Journal of Sociology and Social Welfare) で宗教やスピリチュアリティの変数を測定した計量的調査研究は 13% (72/552) にも及んでいた。この調査では最も焦点づけられていた研究 (22%) は宗教やスピリチュアリティに関連する保護要因 (protective factor) や対処行動 (coping behavior) であり、次に宗教施設によるサービス提供 (20.8%)、ソーシャルサポートによるサービス提供 (13.9%)、文化的コンピテンス (12.5%) と続き、高齢、結婚、家族そして HIV についての研究であった。また、これらの研究からは宗教やスピリチュアリティがサポートや対処メカニズムの重要な資源であることが見出されていた (Modesto, Weaver, & Flannelly 2006)。

Canda (=2014) は 1995 年以降からのアメリカのスピリチュアリティとソーシャルワークのつながりを「境界の超越」の段階と位置づけている<sup>注2)</sup>。この段階では、スピリチュアリティの全般的あるいは文脈特定の定義と研究の洗練、カリキュラム・ガイドライン、科目、教科書が幅広く確立される、ポストモダンの観点の高まり、信仰を基盤としたソーシャルサービス政策が公式化される、学際的、国際的なネットワークや連携の増加、実証研究の増加、スピリチュアリティに対する全地球的観点の導入といった特徴がみられるという。また、「この惑星やそれを超えた世界とのつながりを拡張していくなかで、スピリチュアリティに配慮するソーシャルワークは、どのようにして個人のウェルビーイングと、すべての人や存在に対する社会的でエコロジカルな正義をさらに推進していけるのか」ということが我々の現在の課題である (Canda=2014:168) と述べており、ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティの動きは、人間と自然のあいだの境界を超えていこうというような観点にまで立とうとしている。

日本の対人援助でのスピリチュアリティ研究や実践を推し進めてきたのは、主に死にゆ

く人に対するスピリチュアルケアであり、そこでのスピリチュアルペインを鍵概念としたアプローチが中心であった。しかし、上述のように欧米でのソーシャルワークにおいては、もっぱら「スピリチュアリティが鍵概念とされ、クライアントのスピリチュアリティの多様性を捉えて、意味世界を尊重した援助が考えられてきた」（深谷 2013）といえる。

## 2. ソーシャルワーク実践におけるスピリチュアリティへの志向

### 1) ソーシャルワーカーのスピリチュアリティ／宗教へのコミット

スピリチュアリティへの援助アプローチは Spiritually Sensitive Practice と表現され、論じられてきている。ここでは、ソーシャルワーカーが実践でどのようにスピリチュアリティ／宗教にコミットしているのか、アメリカでは 1980 代後半より、ソーシャルワーカーに対してスピリチュアリティ／宗教に関する態度や実践についての調査（Joseph 1988; Canda 1988; Derezoors 1995; Derezoors & Eans 1995; Canda & Furman 1999;2006;=2014; Gilbert 2000; Sheridan 1992; 2004）がなされてきたので、それについて概観する。

Derezoors（1995）が 340 名の NASW を対象とした調査では、返答者の 92%以上はクライアントがスピリチュアルな問題について話す述べ、55%がクライアントのスピリチュアリティへの働きかけが必要であると信じていた。

Canda & Furman（1999）は 1997 年に 1069 名の NASW に調査を行ったが、これによれば対象者の 50%以上は 17 のうち 13 のスピリチュアル的志向の援助を用いていた。

また、2008 年にも同様の調査をおこない 1804 名の回答を得ているが、両年とも、実際にスピリチュアリティ志向の活動をおこなった人びとよりも高い割合の回答者が、あらゆる項目で、スピリチュアリティ志向の活動を用いることが適切であると答えていた（Canda & Furman=2014:427）。

Sheridan（2004）は臨床ソーシャルワーカー 204 名を対象にスピリチュアリティ志向のアセスメントや介入の調査をおこなった。この結果、回答者の 3 分の 2 はクライアントにスピリチュアルを引き出す介入を用いていた。また、介入を用いる予測要因としては、実践者のスピリチュアリティに対する態度、クライアントの宗教的／スピリチュアル的表出度、クライアントの宗教的祈りが好ましくない役割をとっていること、実践者の宗教／スピリチュアル的サービスへの参加レベルの 4 要因が明らかになった。

さらに、Gilbert（2000）はグループワークにおけるスピリチュアリティについてグル

ープワークの経験豊富な実践者 14 名にフォーカスグループインタビューを用いた探索的調査を行っている。この結果からは、スピリチュアルなアセスメントへのニーズ、実践者の自己覚知の必要性、資源としてのスピリチュアルな信念やコミュニティの有用性、安全な環境の創出、グループでのスピリチュアルな多様性の促進、聖職者やスピリチュアルリーダーとの協同の問題が語られていた。

これらの調査からは、ソーシャルワーカーは実践においてスピリチュアルな事柄を取り扱い、スピリチュアル志向の介入をおこなっていることが示されているといえよう。また、ソーシャルワーク教育においてスピリチュアルな問題を扱うことの必要性が言及されているが、多くのソーシャルワーカーにこうした領域の学びの場、教育機会がなかったことがあげられており、倫理的な問題との関係において教育の必要性が強調されていた。

## 2) ソーシャルワーカーの自己覚知とコンピテンス

上述のようなスピリチュアル志向の援助活動の広がりがみられるアメリカの現状において、ソーシャルワーカーに求められているものとは何か。

Canda (2004) らの NASW への質的データ (1997 年調査) からは, *Spiritually Sensitive Practice* において、倫理的な関心が浮き彫りになっている。そこでは全体で約 600 の人々が NASW の倫理綱領やクライアントの自己決定といった倫理原則に忠実であることの重要性についてコメントしていた。数多くのコメントは、ソーシャルワーカーの見方を押しつけないこと (551)、ワーカーのコンピテンスの必要性 (332)、クライアントの発達過程のタイミングと目標に適合させること (179)、スピリチュアリティをはっきりとした論点にする以前に、共感、尊重、そしてスピリチュアリティに関する相互理解を備えた援助関係を確立すること (85) 明確な自己覚知をもつこと (44) といった広範な倫理原則について述べられていた (Canda=2014:430)。ここでの自己覚知とは、自分自身のスピリチュアルの信仰体系、価値、世界観や実践、スピリチュアルなものへの偏見、実践でスピリチュアルなものを扱う技術レベルや自分の快適さ、自分自身のスピリチュアルな発展と成長の状態、人生の中でスピリチュアリティが担う役割、人生のスピリチュアルな歴史といったものを含み、そして、このような自己覚知を磨くことが重要である理由として、自分自身の偏見をチェックし続けられる、自身の信仰体系が「押し付け」「入れ込み」「干渉」や「妨げ」の援助過程とならないようにする、援助過程やクライアントに自分の信仰体系がどのように影響を与えているかを注意することができる、専門的实践と個人的関心を切り離せる、効果的に転移を扱える、審判的態度を避けられるといった意見があげられていた



(Canda, Nakashima & Furman 2004)。

Stelzner (2004) がミネソタの NASW の臨床ソーシャルワーカー10 名におこなったインタビュー調査では、ソーシャルワーク実践でのスピリチュアリティの重要なテーマの1つとして専門的コンピテンスが確認された<sup>注3)</sup>。専門的コンピテンスについては専門的トレーニングだけではなく、個人の成長／旅によってもたらされるスピリチュアリティもコンピテンスとして捉えられていた。また、実践の中でそれを用いる前提として自らのスピリチュアリティの自覚と不安のない状態であることが重要であると考えられていた。

また、Hodge (2004) は Spiritually Competent Practice の基盤となりうる4つの原則をあげる。1つは「クライアントのスピリチュアルな自律性への尊敬を表明すること」であり、ソーシャルワーカーはクライアントのスピリチュアルな信念、価値、実践の尊重を示すべきであるということである。2つ目は「人間学的文化的態度を想定すること」で、理想としては、ソーシャルワーカーがクライアントの世界観をより十分に理解するためには、ソーシャルワーカーがクライアントに自分たちを導くことを求めているという好奇心と関心をはっきりと表明するべきだということである。3つ目は「世俗的文化の中でしばしば遭遇する信仰をもつ人々への偏見への思いやりを表明すること」、4つ目は「宗教的転移を観察すること」というものである。

これらの研究では、ソーシャルワーカーがスピリチュアリティの知識と理解をもち、自らのスピリチュアル観を自己覚知して、コンピテンスを高め、実践・介入をおこなうことの必要性が示されている。それは、スピリチュアルな事柄へのかかわりや態度が、ソーシャルワーカーのスピリチュアリティへの志向性に大きく左右されるということ、そして、そのかかわりが人間存在の根源、人間の全体性に関わるがゆえの、クライアントに与える影響の大きさをソーシャルワーカー自身が自覚しているからではないかと考えられる。

### 3. 日本のソーシャルワーク実践にむけて

#### 1) 日本のソーシャルワーク実践での課題

アメリカでのソーシャルワーク実践におけるスピリチュアリティ志向の援助について、そのコミットの現状と論点について整理をした。実践にともなう倫理的な懸念、コンピテンシーや自己覚知の必要性については、日本においても了解できるものと考えられよう。しかし、一般的な日本人の感覚からすると多くで論じられているスピリチュアリティを志向するソーシャルワーク実践、つまりスピリチュアル志向の介入とは、やはり宗教的介入

であると考える者が多いのではないだろうか。なぜなら、このようなスピリチュアリティ／宗教に関する態度や実践とは、主に Canda ら（1997; 2008）の調査で、スピリチュアリティ志向の援助活動としてあげられているような「クライアントに対して直接行われたもの（たとえば、スピリチュアル・アセスメントの、祈り、瞑想、儀礼）、面談の場面以外で『宿題』として行うようにクライアントに提案された活動（たとえば、聖典や霊的に高めてくれる文章を読むこと、ジャーナルを書くこと）、実践の準備としてソーシャルワーカーが私的（プライベート）で行った活動（たとえば、私的な祈りや瞑想）、そして宗教的援助者や霊的サポート体制とのあいだにつながりをつくる活動」（Canda 2014:427）といった内容項目で多くは回答を得ているからである。こうした側面において、文化的背景、特に宗教観の異なる文脈における、日本のスピリチュアリティ志向の実践において、どのような方法が具体的に援助・介入となりうるのか価値や倫理を吟味し検討されていく必要がある。

一方で、文化的背景に関わらずスピリチュアリティが人間の根源的側面であるという点は、国内での他領域の研究においても共通認識といえる。アメリカよりも世俗的であるイギリス、ノルウェー、ニュージーランドでのソーシャルワーカーへの全国調査においても回答者の 75%以上がこれに同意し、さらに、それらの国がアメリカよりもスピリチュアリティ志向の実践に疑念が見られるにせよスピリチュアリティとその教育は重要であると認識している（Canda 2014:555）。こうした報告からも、日本のソーシャルワーカーにとってもスピリチュアリティが人間の根源的側面であると理解することに大きな異議はないと考える。藤井は、*Spiritually Sensitive—Social Work* を「スピリチュアルな領域に感受性を持ちスピリチュアルペインに敏感なソーシャルワーク」と表現し、具体的な問題の評価だけではなく、人のその奥底にある人間としてのクライアントの苦しみを認識することの必要性を強調する（藤井 2013）。つまり、根源的な痛みであるスピリチュアルペインをどう感受し、どのように向き合い、寄り添っていくのかという出発点が根源的な人間理解に根ざしたソーシャルワーク実践であるというのである。日本において、スピリチュアリティを志向するソーシャルワーク実践は、死にゆく人のスピリチュアルケアの領域のみならず、スピリチュアルペインへのアプローチの視点から出発し、理解されゆくものと考えられる。藤井（2013）が指摘するように、そのためにはスピリチュアリティにかかわる知識に加えて、価値観の自己覚知、より深い人間理解、人間を超えるものとの関係性、人間存在の意味を組み込んだ価値教育がソーシャルワーク教育の中に組み込まれていく必要がある。

るだろう。

## 2) 精神障害者へのソーシャルワーク実践でスピリチュアリティの視点をもつ意義

Spiritually に Sensitive であることは、自らのスピリチュアリティに向き合うことから始まる（藤井 2013）。ここでは、最後に精神障害者へのソーシャルワーク実践においてクライアントと自らのスピリチュアリティに向き合うことの意義を考える。横山（2004）はソーシャルワーカーの自己規定に着目して精神保健領域の現場で働くソーシャルワーカーの援助観について論じているが、そこで見いだされたのは「援助する者－される者」という明確な2者構造ではなく、「自らの延長線上にクライアントを見いだす」というソーシャルワーカーの姿勢であり、自らもまた人として生きる者としてあるという「専門家」という立場を超えた地平での普遍性の認識であったという。「専門家」という立場を超えた地平での普遍性を、いかに個々のソーシャルワーカーが実践の体験の積み重ねの中で内在化していくのであろうか。そこではクライアントを病気や障害という対象化をこえた自分と同じ一人の生活者として認識する過程が含まれていることが想像できるが、さらに、地平での真の普遍性の認識に至るには、人間の実存の根源的、普遍的意味に関わるスピリチュアリティをとおしてクライアントと自らを理解していくことが必要とされるのではないだろうか。なぜなら、「生きる意味は何であるのか」「人生の目的は何であるのか」といった問いかけに対し、自分以外に人間に対して答えを出すことも探しあてることができないという歴然たる専門家としての限界と同時に、この現在に生きている不完全な一人の人間として同様であるということをつきつけられ、誰でもない自分はどうかという着地点において、まさに自らの延長線上にクライアントをみるのである。そして、その中で、その問いに向き合い続け、自分の生を自分らしく生きていくクライアントのあるがままの存在を感じることができるのである。彼らは決して、不幸でも、可哀想でもなく、それ以上に、同じ生きる人としての尊敬の念をも抱く対象とさえなる。

近年の精神保健領域においては、エンパワメント・アプローチ、ナラティブ・アプローチなどのソーシャルワーク理論の発展の中で、PSW 実践における援助関係の議論は従来の専門家主導の援助枠組みを問い直すことを前提とした「パワーの共有に基づくパートナーシップのあり方」を模索する実践的関心に向き（横山 2004）、「対等性」「パートナーシップ」等の言葉が援助者と当事者の関係性のキーワードとなっている。パートナーシップは相互作用の質において幅広いレベルを包含する概念であり、単なる目標の共有から、実存的問いのやりとりによる共生関係までであるが（大谷 2012:96）、ソーシャルワーカーのスピ

リチュアリティへの理解は、人として真の「対等性」の「パートナーシップ」を、そして、よりしなやかで豊かな援助関係を生み出す可能性に開かれているのではないだろうか。

次章では、精神保健領域におけるスピリチュアリティについて考察し、精神障害者のスピリチュアリティとソーシャルワーク実践について論考していく。

注 1) 谷山は、これは、WHO のスピリチュアルの定義にみられる「身体感覚的な現象を超越して得た体験」に相当するもので、“求める／与えられる”という一連の体験を、スピリチュアルな体験と言うこともできると述べる。

注 2) Canda はアメリカでのスピリチュアリティとソーシャルワークのつながりが発展してきた時期は、相互に重なりあいながらも、大まかに次のような 5 段階で特徴づけられるとする。第 1 段階「先住民の社会福祉」（植民地化以前の時期）、第 2 段階「宗派的起源」（20 世紀初頭までの植民地時代）、第 3 段階「専門化と世俗化」（1920 年代－1970 年代）、第 4 段階「スピリチュアリティへの関心の復活」（1980 年代－1990 年代半ば）、第 5 段階「境界の超越」（1990 年代半ば以降）。

注 3) Stelzner (2004) のインタビュー調査ではソーシャルワーク実践でのスピリチュアリティの重要なテーマとして、1.どのように実践に組み入れるか、2.治療過程での影響、3.倫理的問題との関連、4.専門的コンピテンス、5.宗教とスピリチュアリティの区別の 5 点が確認された。

## 第2章 精神障害者のリカバリーにおけるスピリチュアリティの視点

本邦の精神保健福祉領域においてはようやく「スピリチュアリティ」「スピリチュアル」という語が文献に確認されるようになったという状況であり、スピリチュアリティについて正面から言及された文献は数えるほどしかない。

むしろ領域の問題としてではなく、日本における宗教軽視の風潮、また、宗教そのものへの警戒が根底にあるといえるが、宗教や宗教性を感じさせるものに対して慎重に距離をとる、もしくは否定的・拒否的であるというのが精神保健福祉領域の専門家の一般的な態度であるといえる。精神医学領域では、1994年のDSM-IIIからDSM-IVの改訂でスピリチュアリティを含む診断カテゴリーの議論をへて「“religious or spiritual problem（宗教または神の問題）”臨床的関与の対象となることのある状態」（Code V62.89）として記載されたものの、それは1980年代からの北アメリカにおけるトランスパーソナル心理学の台頭や宗教／スピリチュアリティの潮流においてであり（Lukoff 1998）、日本において話題とされることはなかった。

そこで、本章では欧米の精神保健におけるスピリチュアリティに関する文献のレビューを中心に、リカバリー概念との関連を踏まえ、日本の精神保健福祉におけるスピリチュアリティへのアプローチについて考察することを目的とする。

尚、本章ではspiritualityの語を用いている文献をとりあげレビューしているが、欧米の文化の中では宗教（religion）とスピリチュアリティ（spirituality）は同義で用いられていることが多く、文中においても文献で「religion and spirituality」「spirituality and religion」と表現されている内容は宗教／スピリチュアリティと表記する。

### I 欧米の精神保健領域におけるスピリチュアリティ

#### 1. スピリチュアリティの捉え方

1990年代になり、欧米では精神保健分野におけるスピリチュアリティに言及する論文が散見されるようになったが、専門家はどのようにスピリチュアリティを捉えているのだろうか。歴史的に精神保健の研究者や実践者は一般的にスピリチュアリティを無視しがちであった（Sullivan 1993; Miller 1990; Fallot 2001a; Longo & Peterson 2002）。Longoら（2002）は専門家が治療道具としてスピリチュアリティを受け入れる妨げになっている

理由を次のように指摘している。まず、1 つ目は治療の歴史である。医学の出発は宗教にあるが、中世ヨーロッパでは、キリスト教が勢力をえていく中、17 世紀には精神病が「悪魔の仕業、神の罰」と考えられるようになり、精神障害のある者は社会から迫害され、監獄への幽閉や魔女狩りと称して処刑されるに至った負の歴史を負った。その後、18 世紀には、ピネル (Pinel, P.) から始まった道徳療法が広がり、精神科医療の進歩と共に、精神病は身体疾患の病気となり、19 世紀終わりには、医療者は精神病の医学モデルへの関心を高め、宗教モデルと完全に分離した (Longo & Peterson 2002)。そして、現在まで他の医学と同様に 20 世紀の科学的パラダイムの中で精神科医療も発展を続け、宗教的な事柄は軽視されてきた。2 つ目は専門家のもつステレオタイプである。20 世紀にはフロイトの「宗教は神経症の一種であり、患者を治療するには (宗教を払拭する必要がある)」という考えや、報酬と罰則の原則によって宗教的实践がどのように心理学的に機能しているのかを説明した行動主義のスキナーが知られるようになった。さらに、アルバート・エリスが宗教を神経症的葛藤であるとみなし、どのような宗教的切望もない状態が最適な情緒的健康状態であるとしたことで (Longo & Peterson 2002)、宗教は病理としてラベリングされた。3 つ目は、宗教とスピリチュアリティの意味の混乱にある。アメリカ社会が多民族社会となり多くの異なる文化がもたらされ、その結果、様々なスピリチュアルな実践が存在するようになり、スピリチュアルな信念や実践を構成するものが、その人の文化的背景や個人的信念によって違った意味をもつようになり、かつては同義であった宗教とスピリチュアリティが、今や同じものとは想定されず、異なる意味をもつものと考えられている (Longo & Peterson 2002)。

実際、Shafuranske (2000) が実施した調査では 65%の精神科医がクライアントとスピリチュアルな会話をするのはまれであると回答している。上述した精神医療の治療の歴史、専門家のもつステレオタイプ、スピリチュアリティと宗教の意味の混乱などの背景から、アメリカの精神保健領域の専門家においても治療上スピリチュアリティへの接近は一般的には慎重であるといえよう。

## 2. 精神症状の病理としての宗教／スピリチュアリティとこころの苦悩としての宗教／スピリチュアリティ

治療現場において宗教的な事柄を避けるというこうした現実の中で、スピリチュアリティの重要性を述べる論者たちは、精神症状の病理としての宗教／スピリチュアリティとこ

ころの苦悩としての宗教／スピリチュアリティがあること、そして、それらを区別しアプローチすることが建設的であって、それが患者やクライアントにとって役立つことであると主張する (Fallot 2001b; Hodge 2004; Longo & Peterson 2002)。

Fallot (1998b;2001b) は、精神保健におけるスピリチュアルな体験には、宗教的体験や行為が問題とみなされる精神障害から起因するもの（障害が一次的、宗教的関心は二次的である）と宗教的関心は臨床上注目すべき課題であって精神障害に帰因しないものがあり、精神障害のある多くの人にとっての宗教的問題は苦悩から引き起こされるものであり、精神病の現れではないということを認識することが重要であると述べる。つまり、それは一般の人々が宗教にもつ関心の範囲のこと（例えば宗教に対する個人や家族の葛藤をどう扱えばよいのか、スピリチュアルな信念や実践にどう対処すればよいか）や自身の精神症状の問題や社会的スティグマ（急性期における宗教的体験を分別する困難さ、信仰のコミュニティから排除される、宗教とのつながりを失っていたことを恥じる）であると述べる。さらに、Fallot (1998b) や Hodge (2004) は DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000) がその 2 つの判断のガイドラインになると示唆する。DSM-IV では「スピリチュアルな問題」が取り入れられたが (DSM-IV の V code (V62.89) に含まれている) <sup>注1)</sup>、そこでは、個々人の文化的文脈の中で宗教的体験は理解され、その人が全体として機能しているかに照らされて、その体験を評価するべきである (Fallot 1998b) というのである。

また、一方では、現在、宗教／スピリチュアリティは身体疾患、メンタルヘルス、障害、寿命といった医療とのあらゆる関連について科学的研究<sup>注2)</sup> が行われその検証が進められている。精神保健領域においても様々な研究が実施され、宗教／スピリチュアリティが概してメンタルヘルスにプラスの効果を与えることが示されてきている (Koenig=2009)。

近年、精神保健領域で論じられているスピリチュアリティは上述したような精神障害には帰因しない宗教／スピリチュアリティ、つまりこころの苦悩である宗教／スピリチュアリティであり、人の健康や QOL との関連、そして 90 年代に欧米での精神科リハビリテーションの新たな目標概念として広まったリカバリー概念の観点から改めて注視されるようになったといえる。

## Ⅱ リカバリーにおけるスピリチュアリティ

### 1. リカバリーとは

リカバリー概念は 1980 年代後半の米国において、精神障害のある人々の手記が発表され、当事者の主観性や精神性が注目されるようになって生まれた（野中 2005）。1990 年代に入り、「リカバリー」は精神科リハビリテーションの目標概念の 1 つとなり、アメリカやニュージーランドでは精神保健福祉施策の基本的な柱として位置づけられるに至っている。田中（2010）はリカバリー概念の登場は、ADL 概念が戦後リハビリテーションの始まりの最初のパラダイム転換だとすれば、ノーマライゼーションや自立思想、QOL 概念、バリアフリーが登場した 1970 年前後の第 2 のパラダイム転換に続く、第 3 のパラダイム転換の到来であると述べる。

では、リカバリーとは何か。リカバリーとは一般的に「回復する」と訳される。回復とは「1. 悪い状態になったものが、もとの状態に戻る。また、もとの状態に戻すこと。2. 一度失ったものを取り返すこと。（大辞泉）」である。病気をめぐり「リカバリー（回復）」を用いる場合、1 つ目は伝統的な使い方として「病気が治ることであり、元にもどること」、2 つ目は「病や障害に挑戦して、自分の人生を取り戻そうとしている過程」、3 つ目は「専門家や専門機関など社会環境に対する見方」と使いわけがなされている（野中 2005）。そして、現在精神科リハビリテーションにおいて新しいビジョンとなっているのは「たとえ病や障害の治癒や改善がなくともその人にとって意味ある生活や人生を回復することができる」という意味での 2 つ目のリカバリー概念である。リカバリー概念は様々な視点からとりあげられてきており、江畑（2010）が指摘するように、論者により医学的、心理的、社会的、実存的という 4 つの立場から強調される意味づけが違っているといった状況にあり、その意味の混乱が認められる。現在でも、援助者、当事者と共有しあえている概念とはいえ、いまだその途上にあるといえるだろう。しかし、重要なことはこの概念が、これまでの精神保健福祉の専門家主導であり、医療モデル中心の援助の枠組みを変えるものだという点である。当事者一人一人にとってはそれぞれの「生きられる体験」のみがリカバリーであるという事実をわきまえつつ、援助者としてリカバリー概念をどう理解し、どう精神障害当事者と向き合い実践をしていくのかが、今、援助者には求められているのである。そして、それが野中のいう 3 つ目のリカバリーということになる。



## 2. 日本の精神障害者が置かれてきた状況とリカバリー概念の意義

現在、日本の精神保健福祉の施策は、2004年に「精神保健福祉の改革ビジョン」が発表されて以後、「入院治療中心から地域生活中心へ」という基本理念のもと進められている。そこでは、受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）の退院促進が提示され、病床数削減が基調とされた。2009年にとりまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等検討会」の報告書においてもさらなる基本理念の推進と、精神保健医療体系の再構築や精神医療の質の向上などについての提言がなされ、関連する法律の改正や制度の検討が続けられている。退院促進において成果がでていたとはいえない現状ではあるが、精神障害者がようやく福祉の対象として地域で生活をしていく体制が整えられつつある時代に入り、精神障害者にとっては以前と比較すれば多少とも「生活しやすい」「生きやすい」状況になったと考えられるかもしれない。

しかし、一方で明治時代より長年精神障害者は社会防衛の観点から隔離収容、保護の対象とされてきた。第2次世界大戦後、精神障害者の収容施設の中心は国策のもと治療の場である精神科病院へと移ったが、それは社会の周縁に精神障害者を位置づけたまま、人々に偏見や差別の対象としての見方を増長させた。また、医療における治療の限界、パターンリズムは精神障害者の主体性を脅かし、長期入院という保護的環境で彼らの力を奪うという状況をうみだした。こうしてできあがってきた当事者自身をも含む一般市民、そして専門家の中にある「精神病患者」、「精神障害者」像は未だ根強くある。

専門家と当事者との関係に焦点をあてれば、精神保健福祉サービスの統合的ケアモデルのパイオニアであり、リカバリー・コミュニティとして活躍しているカリフォルニア州の団体「ビレッジ」の設立者の一人である精神科医の **Ragin** は著書「リカバリーの道」で以下のように述べている。「精神科医として、私は、重い精神の病気に対処するために一連の仮説を教え込まれてきました。はっきり言うと次のようなものです。『慢性の精神病患者は永久的に障害されている。投薬したら、患者を忘れることだ。彼らは弱者であり、ケアを必要としている。仕事を維持することは不可能で、社会のなかで果たせる役割はない。意義のある生活を送る可能性はわずかである。本質的に彼らの予後には希望が持てない』」

(=2005:19)。アメリカの医師の言葉ではあるが、これはまさにこれまでの日本の入院治療中心であった精神科医療全体の見方を端的に表したもののでもある。こうした状況の中、多くの精神障害者は、自らの人生を閉ざして生きざるをえなかったといえる。Kleinman(=1996:157-8) は「患者や家族や治療者がある特定の病いのエピソードについて

ていただく考え」によってなされる「説明モデル」というものがあると述べているが、長年、精神科医療の中では、医療者側の“不幸”な「説明モデル」が強く浸透し、その“不幸”な「説明モデル」に従って精神障害者は生きるという悪循環が成り立っていたとみることができる。

精神障害者が地域で生活していけるような様々な施策が展開され、サービスが整えられつつある今日、求められるのは新たな「説明モデル」である。Rapp (=2008:57) はリカバリーのビジョンがストレングスに基づく実践のエンジンになると述べる。「希望」をもち、自分の人生に「責任」をもって生きるというリカバリーモデルは、これまでの援助者の意識を変革し、一人一人が自らの人生を生きることを支援するという新たな方向性を導く。

### 3. リカバリーの定義

リカバリーの定義は様々であるが、当事者でもある Anthony と Deegan の説明がよく知られている。Deegan (1988) は「過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。それは完全に直線的ではない。ときにわれわれの道はきまぐれで、たじろぎ、後ずさりし、立て直し、そして再出発することもある。…求められることは課題に立ち向かうことであり、障害による困難に対処し、障害による限界の中で、あるいはそれを超えて、新たな価値ある誠実さと目的を再構築することである。願いは、意味ある貢献ができる地域で、生活し、仕事をし、人を愛することである」とリカバリーを表現し、Anthony (1993) は「回復は、その人の態度、価値、感情、目的、技量、役割などの極めて個人的で独特な変化の過程である。疾患によりもたらされた制限付きではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きる道である。回復は精神疾患の破局的影響を超えて、人生の新しい意味と目的を作り出すことでもある」と定義した。また、2006 年にアメリカ合衆国保健福祉省の薬物乱用精神保健管理庁 (SAMHSA) は「精神保健リカバリーとは、癒しの旅であり、精神保健上の問題をもった人が自分の可能性を実現しようと努力する中で、意味のある人生を送ることができるように変化することである」と定義した (野中 2011:47)。当事者たちの多くはしばしばリカバリーを“旅”と表現しているが、こうした定義はリカバリーがプロセス（過程）でもあり、結果でもあることを表しているといえる。

リカバリー概念が広がり、様々な当事者の体験が語られ、そしてその構成要素が探索される中で、その人の精神的苦悩、実存的な意味の探求に視点がむけられると、1990 年代に

入り、欧米では宗教／スピリチュアリティがリカバリーとの関連で論じられるようになった（Sullivan 1993,1998; Fallot 1998a, 2001ab, 2007; Hodge 2004; Lindgren & Coursey 1995; Longo & Peterson 2002）。Fallot（1998a）はコンシューマーのナラティブに着目し、重篤な精神病のある多くの人々にとって、スピリチュアリティがリカバリーのための中心的な要素であるとして、宗教／スピリチュアリティが鍵となるであろうテーマを7つあげている。そのテーマとは、(1)全体としての人である、(2)真のリカバリーは長期間のものであり、忍耐を要する旅である、(3)希望はリカバリーを続けるための本質的に重要な要素である、(4) リカバリーは愛する関係の体験である、(5) 平安の祈りはリカバリーのキープロセスを表現する、(6) リカバリーは存在の純粋性と真正にむかう旅である、(7) リカバリーは信念 (conviction) であると同様に行動であり現実主義 (pragmatism) である、というものである。

#### 4. リカバリーにおけるスピリチュアリティの実証的研究

リカバリーとスピリチュアリティについて探索的におこなわれた調査として重要なものに Sullivan（1993）の研究が挙げられる。この研究では一定の適応生活を送れている精神障害のある40名に面接をおこない、彼らがうまくいっていることの要因をどのように認識しているかについてエスノグラフィーで分析をおこなった。対象者は40名で、持続的に障害がある者、大部分の者は統合失調症で5回以上の入院歴があった。うまくいっている社会適応の基準は2年以上入院していない、半ば独立した自立的生活がおくれている、学校やボランティア活動、家や家族で主な責任を担えているといった状態を設定した。ここでのスピリチュアリティの定義は「スピリチュアリティは神への信仰を含めていたり、含めなかったりする。それは個人的な体験で、価値、意味、生命力、他者や宇宙との結びつきの感覚に関連するアイデンティティである」とされた。

その結果、面接者の48%がスピリチュアルな信念 (belief) や実践が中心的な要因であったと回答し、スピリチュアリティのポジティブな役割を明らかにした。1つは精神病という疾患の予測不可能な過程や疾患の病因に対する理解不能さという状況の中でコーピング機能としてのスピリチュアリティであり、2つ目は他者やより偉大な力 (higher power) の支持、そして3つ目はコミュニティへの帰属意識といった社会的サポートとしてのスピリチュアリティであった。また、スピリチュアルな枠組みを持つことは人生が改善されるという望みと確信を強化することや、自分の人生の中心にスピリチュアルな信念システム

を維持することは、より大きな幸福感と、ストレス時により効果的なコーピング戦略を用いることに関連していることを見つけ、彼はリカバリープロセスにおいて宗教やスピリチュアリティが重要な構成要素であることを示した。

Lindgren & Coursey (1995) は、スピリチュアリティに関心をもつリハビリテーションセンターに所属している 30 名を対象に調査を実施している。この研究はスピリチュアリティが個人の考えや、疾患、生活に影響を及ぼしたかについて調査をし、スピリチュアリティに関する話し合いが自尊心、抑うつ、絶望、人生における目的とスピリチュアルなサポートに関して治療的な利点があるかを明らかにすることを目的として実施された。ここではその人自身の信念や実践（宗教も含む）をスピリチュアリティと扱って調査が行われている。方法は①個人のスピリチュアルな信念についてとそれらが彼らの生活と疾患にどのように影響を及ぼしたと感じているかについてインタビュー調査をする、②4 回のスピリチュアリティグループセッションを設定し、プレ・ポストテストを検証するという 2 方向で行われた。調査質問紙は①ローゼンバーグ自尊心スケール、②ベックうつ病スケール、③ベック絶望スケール、④人生の目的スケール、⑤スピリチュアルサポートスケールであった。結果は「スピリチュアルな信念は疾患に対しポジティブな影響を与えたと評価」した者が 83%であり、「スピリチュアリティは自らに快適さをもたらしたと評価」した人の半数は、自分は一人でなかったという実感からそれが生じたと報告していた。「スピリチュアルな経験」については 47%が神秘的な体験を報告したが、そのうちの 21%は専門家によってそれは妄想か幻覚と判断されていた。セッションをとおしての介入の効果は「スピリチュアルなサポート」で有意な変化を示した。この変化が大きかったのはスピリチュアルや神についてあまり考えていなかった人であった。これは自分の信念について考え述べる機会があることによって、新しいポジティブな経験と変化がもたらされたといえ、スピリチュアルなサポートの感覚を発展させる可能性があることを示していると考えられた。また、スピリチュアリティについて関心をもっているにも関わらず、治療上スピリチュアルについて述べることを 37%が望んでいなかった。この結果については、宗教／スピリチュアリティについて治療者の理解や態度が関連していることが指摘され、クライアントのスピリチュアルな体験を妄想的症状と評価してしまわず、クライアントの信念に敬意を払うことが重要であり、セラピストとスピリチュアルな体験を話す、もしくは聖職者等につなげることの必要性が示唆された。スピリチュアルな話題を取り上げることは症状を表出させるのではないかという恐れをセラピストは持つが、この調査ではクライアント自身が

スピリチュアリティと病気の症状を混同してはならないということを理解していたと報告されていた。

Bussema (2000) は宗教とスピリチュアリティを Fowler の信仰 (faith)<sup>注3)</sup> と理解し、信仰の発達とその信仰が障害へのコーピングに果たす役割について、リハビリテーションサービスを利用しているコンシューマー17名を対象に半構造化面接をおこない調べた。結果からは、17人中12名が自分の人生に一貫性と目的があるというスピリチュアルなものを感じ、それが精神障害に直面する際に意味や希望を与えていたこと、また、対象者は宗教的なコミュニティからは疎外感を感じ、主にピアサポートネットワークが彼らの信仰 (faith) の分かち合いができる場であると感じられていたことが報告された。そして、精神障害のある人のリカバリーには心理社会的介入と宗教的なスピリチュアルサポートが必要であり、地域のシステムレベルにおいてその関係性の構築の必要性を指摘した。さらに、2007年にも58名への調査をおこなった結果、71%が自分のリカバリーにおいてスピリチュアリティが重要な役割を果たしていたと感じており、女性の方がよりリカバリーにおいてスピリチュアリティが重要であったことを報告している (Bussema & Bussema 2007)。

また、近年では Corrigan (2003) らや Bellamy (2007) の量的調査の報告がある。Corrigan (2003) らは、統合失調症や気分障害のあるコンシューマーサービスを利用する1824名の精神障害の人々に、宗教／スピリチュアリティと健康やwell-beingとの関連について調査をおこなった。この調査では、宗教は教条をもつ組織への参加、スピリチュアリティは直接経験の世界を超えた個人の意味への探求と定義づけられている。この調査のwell-beingはThe Recovery Scale(RAS), Lehman's Quality of Life Interview (QOLI), Herth Hope Index, The Empowerment scale, 症状と障害は Hopkins Symptom Checklist, Addiction Severity Index, Mental Health Statistical Improvement Program(MHSIP) Consumer Survey を測定道具として用いた。結果は、まず対象者の自己認識としては、自分は「宗教的でありスピリチュアルである」が63.5%, 「宗教的ではないがスピリチュアルである」が21.6%, 「宗教的でもスピリチュアルでもない」が10.8%, 「宗教的だがスピリチュアルでない」が4.1%というものであった。そして、スピリチュアルで宗教的である人はより良好なwell-beingな状態と症状の減少に関連していた。

Bellamy (2007) らのコンシューマーサービスセンターを利用する1835名に対しての調査では、メンバーの3分の2が彼らの人生にとってスピリチュアリティは重要なものであると回答し、重回帰分析からは年齢、性別、精神症状や抑うつ症状をもっていること、

そしてより高い QOL や希望，コミュニティへの感覚がスピリチュアリティと関連していたことが報告されている。

これらの研究からは，精神障害者のリカバリーにおいて宗教やスピリチュアリティがコーピング機能として，人生の一貫性や目的，希望との関連においてポジティブな役割があるということ，コミュニティとのつながりといった社会的サポートとの関連において重要なものであるということであるということが示されている。

## 5. 宗教/スピリチュアリティへのアプローチ

Fallot (2001b) は宗教／スピリチュアリティを精神科リハビリテーションのサービスに取り入れる方法として，スピリチュアルなアセスメント，宗教やスピリチュアルな話題を扱うグループ介入，スピリチュアリティを精神療法に取り入れること，スピリチュアルなサポートのためのコミュニティ資源との関係を促進させることの 4 方法が最も一般的であると述べる。

スピリチュアルな評価は，領域や職種において多くのアセスメントモデルが作られているが，ここでは Fitchett (1993)，Fallot (1998b) と Koenig (=2009) をとりあげる。

多くの学問領域からなるチームの研究業績を反映し，包括的であることが特徴とされる Fitchett(1993)の 7 つの特性を含むスピリチュアルアセスメント・モデルは以下である。(1) 信念と意味（どのように人生の意味，目的を発達させるか），(2) 権威と導き（どこに，誰に信頼を置き，導きを求めるか），(3) 経験と感情（その人のスピリチュアルな体験から現れ出る情調），(4) コミュニティ（スピリチュアルな信念や慣習を共有できる公式・非公式のコミュニティでの交わり），(5) 儀式と慣例（人生に意味をもたらす活動はどういったものか），(6) 勇気と成長（疑念と内面の変化にどのように向き合うのか）(7) 使命と達成（どのように与えられた使命とその結果を理解するのか）。

Fallot (1998b) はこの Fitchett のアプローチを簡略化した精神障害のある人へのアセスメントを提示した。それは，(1) まず信念と意味，経験と感情，儀式と慣例，コミュニティについて対話し，(2) 次にコンシューマーがそれぞれの経験をどのように宗教的言語を用いて表現しているのかを確かめ，(3) それが，その人にとって全体の well-being への役割を果たしているのか（その人のリカバリーにおいてポジティブに機能するのかそれともネガティブに機能するのか）を考え，(4) そして，集められた情報に基づいて，スピリチュアルな事柄がサービスプランに含まれるべきなのか（含まれるとすれば，それはコ

ンシューマーの資源、問題、または目的の一部としてなのかどうか) をコンシューマーと話し合う、というステップである。

また、Koenig (=2009:152) は極めて短時間で医療関係者がアセスメントできるスクリーニング用のスピリチュアル・ヒストリーを開発した。それは (1) あなたの宗教的／スピリチュアルな信念は救い (comfort) を与えますか、あるいはストレス (stress) の原因になっていますか、(2) あなたの医療上の決定に影響を与える (influence) 可能性のあるスピリチュアルな信念をもっていますか、(3) あなたは宗教あるいはスピリチュアルな団体のメンバーですか、そして、そのことはあなたの支えになっていますか、(4) 誰かに取り組んでもらいたい他のスピリチュアルニーズがありますか、の 4 つで構成されている。Koenig (=2009) は、スピリチュアル・ヒストリーは患者のケアに必要とされる重要な情報を集めるだけではなく、必要であれば医療者との話し合いが可能な話題であることを患者に知らせるためのものであると考えている。そして、医療関係者が患者の信念や実践を尊重し、支持し、価値を認めることが重要で、スピリチュアル・ヒストリーが患者の宗教的信念 (あるいは信念の欠如) を変えようとする機会ではないし、そうした宗教的問題について患者と論じる機会でもないと説明している (Koenig=2009:153)。

宗教やスピリチュアルな課題を扱うグループ介入に関しては、Kehoe (1998) の重篤な精神病の人々が宗教／スピリチュアルな信念を探索する “religious-issues group therapy”, O’Rourke (1997) による週 1 回のデイトリートメントプログラムとして実施される精神病の人々への “spiritual issues group”, Revheim ら (2007) のグループの中でスピリチュアルな信念やコーピングに焦点を当てたエクササイズをおこなう “Spiritual matter group”, Revheim ら (2010) による入院中の統合失調症患者への “Spirituality therapeutic group” といった報告がみられる。また、Fallot ら (2000) は精神障害と物質使用障害をもつ性虐待サバイバーへのサービスプログラムを “nine-session spirituality group” としてそれぞれのセッションに特定のテーマと目標をもったグループの開発をおこなった (Fallot 2001b)。これらの報告は宗教／スピリチュアリティを扱っている実践のごく一部ではあるだろうが、精神保健の場で回避される傾向にある宗教／スピリチュアルな問題を扱い、その人にとって役立つスピリチュアルな資源を見だし、他者とわかちあいながら自らのスピリチュアリティを探索し、表出することを支持している。

スピリチュアルなコミュニティとの関係の促進においては、Shifrin (1998) や Walters ら (1995) によって医療スタッフと信仰コミュニティとが共同で取り組む精神障害のある

人々のためのサポートプログラムの開発が試みられている。Fallot (2001b) は、細心の注意を払いながら行えば、こうした共同はコンシューマーにとってより有益であること、リハビリテーションスタッフにとっては地域の宗教／スピリチュアルなコミュニティをはっきりと包括的に理解できること、コミュニティが新たに必要であったり、再び関係を取り戻したいというコンシューマーのニーズにあったコミュニティを見つけることができるようになるというメリットを挙げている。信仰コミュニティや他のスピリチュアルなコミュニティは、精神障害のある人々に、帰属意識を育てること、共有される意味を持ち続けること、その人にとって大変な時期に形ある情緒的なサポートを提供すること、そして、そこでの実践や儀式をとおして人生の目的を与えることなどを提供しうる (Fallot 2001b)。

### Ⅲ 日本におけるスピリチュアリティへのアプローチに向けて

以上、主にアメリカにおける精神保健領域でのスピリチュアリティの研究について概観した。以下では、リカバリーにおけるスピリチュアリティに焦点をあて、日本の精神保健福祉でのスピリチュアリティへのアプローチについて考察をすすめる。

#### 1. 宗教とスピリチュアリティの観点から

第1章で概観したように、欧米においても宗教とスピリチュアリティの混乱があることは、精神保健分野に限ったことではない。医療や保健福祉の臨床や研究では、宗教は主に制度や組織、教義によって特徴づけられるものであり（宗教とスピリチュアリティは決して無関係ではないが）、スピリチュアリティは個人的な意味探求として区別するという前提のもとに論じられることが一般的になっている。しかし、もともと英語圏での spirituality という語は religiousness（ないしは religiosity）という語とほとんど同じ意味のものとして用いられてきており（安藤 2005）、多くの論文でも、宗教とスピリチュアリティとの区別は、定義を踏まえながらも、その曖昧さが残る。さらに、世俗的日本人である筆者が、前述の前提にそって文献を読みすすめても、そこでスピリチュアリティと表現されている内容は一般的日本人の感覚でイメージされる宗教そのものを示しているとしか感じられないことも多い。これは、第1章で現場での介入の方法において指摘したが、スピリチュアルニーズを宗教的ニーズとみなし介入する傾向が顕著であることからそうした混乱を生じさせられると思われる（鶴若・岡安 2001）。つまり、こうした医療等の専門職における実践的



なスピリチュアリティ理解に多く見られる、「宗教」と「スピリチュアリティ」とは重なる部分があるがとりあえずは区別できるといった捉え方は、その重なり合いをどの程度に見るかということに関して、欧米のキリスト教圏（特に英語圏）と日本の間には大きな差があるということである（安藤 2005）。こうしたことを踏まえると、欧米での臨床におけるスピリチュアリティの研究は宗教的なバックグラウンドが異なる日本では慎重に取り扱うべきものであろう。現在、スピリチュアリティと宗教との重なり合いはより小さなものとして捉える傾向のある日本において、スピリチュアリティへの関心や態度、そして実践が、そもそも宗教的バックボーンのある欧米の実践者や研究者と同様であるとは考え難い。実践において、精神障害のある人、援助者の両者にとって、日本人の宗教観や文化に合ったより現実的なアプローチを考えていくことが望まれる。

一方で、スピリチュアリティを「人生の根源的な意味や目的」への探求に関連するもので、ホリスティックな人間理解にもとづく志向とみるならば、たとえ宗教的文化的背景が異なったとしても、援助者のスピリチュアリティへの理解、関心や態度が、精神障害者のスピリチュアリティに影響を及ぼす重要な一要素であることに変わりはないであろう。

## 2. 存在の危機としてのスピリチュアルペインとスピリチュアリティへの視点

終末期医療や緩和ケアでは患者の QOL の観点からスピリチュアリティの重要性が指摘され（藤井 2000）、日本でもスピリチュアリティやスピリチュアルケアの研究や実践が積み重ねられている。そして、こうした領域では、とりわけスピリチュアルペインに目が向けられてきた。それは、がんという死の危機に直面して、人は人生の意味や、苦難の意味、死後の問題などが問われる、つまり全存在的苦痛がたちあらわれ、それが身体的、精神的、社会的苦痛の緩和と並んでケアされるべきものとして認識されたからである。スピリチュアルペインとは“生きる意味や目的の喪失”“関係性の喪失”“希望の喪失”などであり、その人の人生を支えていたものが脅かされた時に経験しうる全存在的苦痛であるといえる。

窪寺（2004）はスピリチュアリティを「人生の危機に直面して『人間らしく』『自分らしく』生きるための『存在の枠組み』『自己同一性』が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である」と定義している。この定義をふまえ、玄ら（2005）は精神疾患を患う経験を「それまで自分の人生を支え、構築してきた価値観が危機的状況にさらされ、懷疑や虚無などに襲われる。場合によってはこれまでの価値観が無意味に感じられることもある。このような

状況は、まさに人生がこれまでの『この世』と今後永久に続くであろう（と患者は考える）『これからの世』に断絶される死の危機を迎えた状況と類似していないだろうか」と説明し、さらに、「内的自己は『これからの世』に存在しながら、『この世』が目の前に広がるという存在の枠組みの混乱によるスピリチュアルペインが患者を苦しめているように思われる。そして、人生の土台、根拠が崩れ、内的自己が混乱し新たな合理的解決を求めて葛藤する。この矛盾から逃れるための方法として、自ら命を絶つという形を選択してしまうのではないか」と日常の臨床の中で遭遇する自殺願望の根底にこれらの心理規制が働いているのではないかということを描いている。

十数年前と比較しても精神障害者への認識が変化してきているとはいえ、歴然と残る社会の偏見、「不治の病」という世間の眼差し、さらには医療従事者の悲観的な予後の捉え方といった状況において翻り、自らが「精神病である」ことに直面する時、多くの場合彼らの内的意識には既に「精神病患者」に対する自らの偏見が存在する。そのレッテルを自らに貼ることは、社会での人としての存在を危ういものとする、まさに「社会的な死」ともいえる存在の危機的状況である。そこには自らの存在の枠組みの混乱によるスピリチュアルペインがあり、その葛藤の中で「死」が意識されるのである。

このように考えていくと、欧米で主張されていた「精神障害には帰因しない」こちらの苦悩である宗教／スピリチュアリティとは、スピリチュアルペインであると理解できよう。援助者がリカバリーにおけるスピリチュアリティを理解するということは、その（リカバリーの）出発というべき絶望とともにあるその人を、終末期医療や緩和ケアと同様にスピリチュアルペインを抱えている人であると認識することに始まるといえる。Spaniol (2002) は「つながり (connectedness)」という点を強調し、「スピリチュアルな道としてのリカバリーは、精神の病をもつ人々が、自分自身、他者、住むこと、学ぶこと、環境に働きかけること、大きな意味や目的といったものとのつながりを再構築し、さらに発展させることのできる旅」であると表現している。精神疾患を患うことで、人生における自己の連続や、社会との関係性の断絶の中で顕著にあらわれるスピリチュアルな痛み、そして「生きる目的や意味」への問い、その深みから発するリカバリープロセスの始まりがあることを援助者は改めて認識することが求められている。

日本の精神保健福祉領域においてもスピリチュアリティへの懸念は、欧米と同様である。さらにいえば、施設内での宗教勧誘でのトラブル、治療拒否といった出来事により、あるいは、宗教といえばカルトといった負のイメージをもつ者も多く、現場では宗教にからむ

事柄を扱うことはタブー視されているのが現状である。こうした欧米以上に宗教に距離をおく状況においても、まずはその人のスピリチュアルペインに目を向け、耳を傾けることが日本の精神保健福祉の現場においては必要とされることであり、援助者にできることだといえる。

### 3. セルフヘルプグループでのアプローチの可能性

では、日本の精神保健福祉領域の現状と文化を鑑みてスピリチュアリティへのアプローチの方法とはどのようなものが考えられるだろうか。

Hodge (2004) はソーシャルワーカーはクライアントのスピリチュアルな世界観から引き出されるリカバリー志向のナラティブを積極的に強調することでクライアントを援助することができるとし、また、Fallot (1998a) は援助者がスピリチュアルな信念や活動の表現に対し礼儀正しくオープンでいることが、多くのコンシューマーのリカバリー物語の語りと人生を促進するという。リカバリーそのものが個別的な語りや物語を取り戻すという自己の物語であるが、その中でスピリチュアリティは重要な語りの一部をしめるのである。そういった実践は日本では「べてるの家」にその姿をみることができる。後藤 (2010) は「べてるでは、『人生の回復』『失われた夢の回復』いわゆる<リカバリー概念>の spiritual, 実存的な部分が、『苦労を取り戻す』『なおさないでください』『病気になってよかった』あるいは幻覚妄想大賞など、個人的でオリジナルな言葉により表現され、それがさらに共同体の中で公共化されるというプロセスがある」と指摘している。「べてるの家」のこのプロセスの基本は「仲間の中で弱さを語る」ことにある。また、精神障害者サバイバーの Mary Hemingway Rees は自分と他者の不完全さや弱さを受け入れるためのスペースを創ることがスピリチュアリティであり、そこで自分自身の弱さと他者の弱さを受け入れることが出来て、お互いをコントロールするのではなく、お互いにつながるときこそが人としての存在の姿であるとし、そして、スピリチュアリティと精神の健康さは、情報ではなく自己洞察をとおして理解されるものであると語っている (Leibrich 2002)。以上のことから示されているように、スピリチュアルペインをもつ精神の病を抱える人に必要とされるのは語りを可能にする場、Leibrich が表現したようにスピリチュアリティを拓く語りの空間を開くことなのである。しかし、日本においては宗教やスピリチュアリティを語るといっても、これまで論じてきたように多くの専門家や機関はそれを正面から受入れる土壌はほとんどなく（もちろん、スピリチュアリティとあえて表現せずにそれを深く

理解し現場で向き合っている専門家もいる), ましてやチャプレンや宗教者, 宗教コミュニティへの紹介も難しいというのが現状である。

こうした状況において, 筆者は語りの場として本来最も相応しくそして最も可能性をもっている場がセルフヘルプグループではないかと考えるのである。欧米でも治療グループの効果が報告されていたが, 治療やリハビリテーションの場では, その人の生き方にかかわるリカバリーやスピリチュアリティへのアプローチには自ずから限界がある。野口(2002)はAAやNAといったセルフヘルプグループの場が「言いつばなしの聞きつばなし」のルールによって「自由な語り」「いまだ語られなかった物語」を語ることができるようになってきていることを示し, それは実質的にナラティブ・アプローチであると指摘する。また, セルフヘルプグループは「語りの共同体」でもあり, 「物語の共同体」であるという「ナラティブ・コミュニティ」であるとも述べ, 「物語の共同体」という側面において, セルフヘルプグループには「回復」という物語があり, そうした物語が参加者それぞれの個別的な語りにゆるやかな共同性を与えていると説明する<sup>注4)</sup>。

同じ病気や悩みをもつ仲間の語りを聞き, そして「(特定の) その人ではない, 誰か」に「私が」語り続ける, 語り直せるという場は語りの無限の可能性に開かれながら, そのコミュニティの物語のゆるやかな共同性に支えられる。そこにスピリチュアルな語りとその物語が共有されていく。精神障害者のリカバリーにおけるスピリチュアリティへのアプローチの1つとして, 筆者はセルフヘルプグループにその可能性をみる。

注1) DSM-IV V-Code(v62.89) 「臨床的関与となることのある状態」 「religious or spiritual problem」は以下のように記述されている。 This category can be used when the focus of clinical attention is a religious or spiritual problem. Examples include distressing experiences that involve loss or questioning of faith, problems associated with conversion to a new faith, or questioning of spiritual values that may not necessarily be related to an organized church or religious institution.

注2) Koenig, H.G.の著書『スピリチュアリティは健康をもたらすか 科学研究にもとづく医療と宗教の関係』を参照。

注3) Fowler, J. は宗教心理学者であり, 信仰を「我々人間より大きく超越したものへの応答である…意味の発見と意味の想像を人間普遍の課題としている」と述べて, 特定の

宗教に限定せずに、すべての宗教に共通する意味で信仰を定義した。Fowler, J.は、信仰を発達心理学的視点から理解し、人間の普遍的課題として、生きる意味の発展をとりあげた。

注4) 野口はナラティブ・コミュニティとして「セルフヘルプグループ」「フェミニスト・セラピー」「べてるの家」の3つの実践をあげている。また、「語りの共同体」においては「新たな語りを生み出す共同体」「語りによって維持される共同体」の2つの側面、「物語の共同体」には参加者それぞれの語りに共同性を与える共通な「物語」、グループの来歴と存在意義を明らかにしてくれる「物語」の2つがあると説明している。

#### 追記

本章は、橋本直子（2014）「精神保健福祉におけるスピリチュアリティへのアプローチー欧米の文献からの一考察ー」『Human Welfare』6(1), 35-46.を大幅に加筆・修正したものである。

### 第3章 本研究におけるスピリチュアリティの視座と研究の枠組み

前章までに、スピリチュアリティとソーシャルワーク及び精神保健領域におけるスピリチュアリティの先行研究を行った。本章ではⅠにおいて、実践で援助する視座として有用であると考えられる Carroll (1998;2001) と林 (2006a;2006b;2007;2011) の2者の理論から、スピリチュアリティの概念的枠組みを示し、本研究のソーシャルワークにおけるスピリチュアリティの視座を述べる。そして、Ⅱでは、実践においてスピリチュアルな成長を志向する場と仮定する SA (Schizophrenics Anonymous) の着目点について言及し、最後に、本研究の枠組みについて説明する。

#### Ⅰ 本研究におけるスピリチュアリティの理論枠組みと視座

##### 1. Carroll のホリスティックモデル

Carroll (1998) は、ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティの概念化において、2つの異なる次元でスピリチュアリティを明確にし、そして、理論と実践の統合を促すものとして、それまでに論じられていた7つのモデル<sup>注1)</sup>を検討したうえで、新たなスピリチュアリティ：ホリスティックモデル図を提案した (Carroll 2001)。この概念モデルの特徴の1つは、成長プロセスとしてのスピリチュアルな発達の視点をモデルに組みこんでいるという点である。これは、自己の身体性、情緒性、社会性そして超越性の全ての側面を含む人の全体性に向かうプロセスである (Carroll 2001) ということを表している。

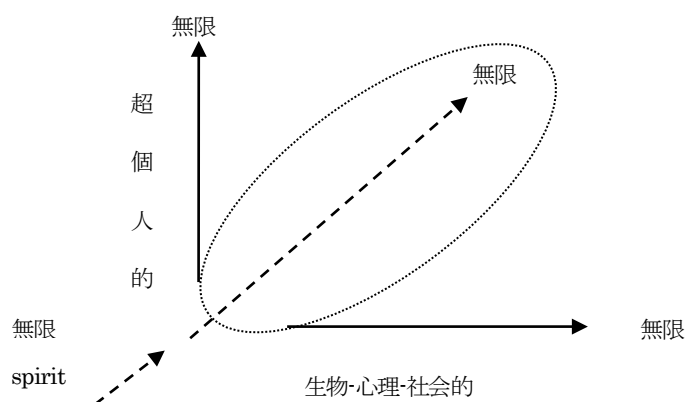


図 3-1 スピリチュアリティ：ホリスティックモデル (Carroll 2001)

Carroll (1998) は、様々な論者のスピリチュアリティの概念を整理し、スピリチュアリティを人間の「本質」としてのスピリチュアリティ (spirituality – as – essence of human nature) と人間の経験の「一領域」としてのスピリチュアリティ (spirituality – as – one – dimension of human experience) の 2 つから捉えた。本質としてのスピリチュアリティは「人格の全体性 (personal wholeness) の感覚や、その人の潜在性を自己発達や自己変革に実現化させるよう人を動機づける力 (energy) を供給する中心的本質 (core nature)」とし、「一領域」としてのスピリチュアリティは「神や超越者、究極の現実 (ultimate reality) との意味づけや関係性を発展させる特定の行為や経験に関連している」と定義づけた。そして、「本質」としてのスピリチュアリティは人の「一領域」としてのスピリチュアリティへの文脈と方向を提供すると説明する。

本質的なスピリチュアリティは、自己、他者、そして神や超越者との意識的つながりに向かって人を動機づけるものであり、スピリチュアルな成長はそれらとのより大きなつながりへと導く世界観における質的变化に反映される。一方、領域としてのスピリチュアリティは神や超越者との関連であるが、これは人々が互いにケアやコミットメントすることに現れるものであり、自己と他者との内的なつながりの強さが反映されるものである。然るに人が超越者との意識的な関係を持ち始めると明らかになっていくものであり、スピリチュアルな成長は超越者とのより大きく深い関係といった量的なものとして捉えられる。

Carroll (2001) のモデルでは、上述のスピリチュアリティの 2 つの側面がとり入れられており、スピリチュアルな発達をオープンエンドとし、発展的な成長が図示されうる。水平軸には自己、他者、そして世界との関係性を反映するものとして生物、心理、社会的軸をおき、垂直軸には超越性がおかれている。これらの軸は交差することも、接点もなく、その空間においてスピリチュアルな人の存在を捉えることがき、また、それらの軸に限界はない。個人の身体的・社会的・精神的成長は超個人次元とは関わりなく成長するという事実や、その逆で超個人的次元だけが発展する場合もあり得るが、それもこのモデルの中では図示可能であると説明される。

こうした人の全体性をモデル図からイメージできれば、Carroll の示す本質と領域の 2 つのスピリチュアリティの観点を組み合わせる臨床的アプローチも理解しやすい。本質的なスピリチュアリティの観点からは、ソーシャルワーカーは、機能不全な行為や病気、つまり、生物-心理-社会的状態の崩壊という時を、その人の潜在能力が発現する道への扉を開く、全体性の発達のプロセスの一部として理解する。このとき危機は人の全体性の成長や

変化の機会と考えられる (Carroll 1998)。また、領域としてのスピリチュアリティの観点からは、ソーシャルワーカーがその観点到てば、その人の信念体系や超越者とつながっているという感覚をじかに反映したその人の信念や行為を引き出すことになる (ソーシャルワーカーの焦点が心理・社会的なものに限定されるとすれば、その人にとって中心的な事柄であったかもしれないスピリチュアルなものが認識されず、重要な事柄と資源をとりそこなうことになる) (Carroll 1998)。

Carroll のモデルからは、ソーシャルワーカーが、スピリチュアリティの視座にたつときに、その人自身の潜在する力を十分に発揮するということが、生物・心理・社会的な関係性と超個人的関係性における空間と時間の中にあるということを理解し、そのための支援の方向性、つまりスピリチュアルな成長へのソーシャルワーカーの関与ということの枠組みが与えられる。

## 2. 林の「問い」と「答え」のスピリチュアリティ

林はスピリチュアリティの「理解の戦略」として「問い」と「答え」の位相を区別する。

「問い」の位相とは、「人生の意味」「死後の運命」といった事柄を、実存的・自覚的に問うてゆこうとする姿勢である(林 2011:29)。林は、この「問い」としてのスピリチュアリティは、自分の存在意味、生死への実存的関心、大切な人を失った悲嘆への向き合いといった人生の根源的な関心事に真摯に向き合う姿勢で、それ自体スピリチュアルとも捉える。そして、フランクフルが人間存在の根本的な動機として位置づける「意味への意志」はこれを如実に表現したものであると考える(林 2011:202)。一方、「答え」の位相のスピリチュアリティとは、そうした「問い」に対して何らかの答え、方向付けを与えようとするものであり、一定の、特に超越を志向した「方向づけ」「導き」を与えるものである(林 2011:29)。

林は、スピリチュアリティを「宗教性」「全人格性」「実存性」「大いなる受動性」とした訳語のルビとして使用し、その多様性を位相として捉える枠組みを提示した西平 (2003) の 4 つの位相からなる論考を引き継ぎながら、「実存性」が他の 3 つの位相とは並置できないものとして、位相の区別として「問い」と「答え」を設けた。そして、こうした位相を設けることで、「問い」そのものは実存的に問われている限り、「答え」が、結果的に純粹に現世的、物質主義的なものであったとしてもスピリチュアルだとし、本質主義的な規定ではなく、多くの人々にとって「参照軸」となるような、スピリチュアリティの理解のしかたを探っている。そして、このような「問い」の位相から開かれるスピリチュアリティ



ィは次のような3つの意義が見出せるという。①スピリチュアルな事柄がいつそう広範な人々に受け入れやすくなること、人生の究極的な意味と目的をめぐる「問い」であれば、ほとんど「誰でも」関心事となりうるので、「スピリチュアリティ」という言葉で自らの考えること、思うこと、感じることを理解でき、表現できる、②さまざまなスピリチュアリティの規定を、スピリチュアルな「答え方」の諸相として多次元的に位置づけることができ、多様な位相の間の内的な連関を、深さや方向の違いを見据えた上で探る、という探求の道が開かれる、③「問い」の次元から考えることは、特定の「答え」のスピリチュアリティを万人の事柄としようといった問題や、自らの見いだしたスピリチュアルな答えの方向について批判的・反省的な契機を導入する（林 2011:16-18）。

また、「問い」と「答え」が共時的に成り立つものとして位置づけるモデルとして図3-2を提案している。この場合、「答え」は先程の「問い」に対するスピリチュアリティの答えではなく、「問い」の如何にかかわらず、「答え」の次元での、何か超越的、霊的、非日常的なものや次元の存在を肯定する立場である。

林（2011:33）は、第Ⅰ象限は「人生の意味や、究極の価値などをめぐる実存的な動機のもとで、何らかの超越次元・存在を肯定する世界観にコミットし、それに基づいた実践に携わるようなスピリチュアリティの形態。ケアや福祉、教育などの真摯な実践において、最も典型的とされるようなスピリチュアリティ」であり、「正統派」のスピリチュアリティであると主張する。第Ⅱ象限は「いまだ『答え』を見いだしていない、人生の意味や自己の存在意義、あるいは大切な人の喪失をめぐる問いや苦悩が位置づけられる。求道的な探求でも、終末期のスピリチュアルペインでもありうる。また、そうした問いが、何らかの超越次元に関わることなく、充足された場合にもいえる」、第Ⅳ象限では「死後生や霊的エネルギーなど、何らかの超越的なものの存在を肯定する世界観にコミットしたり、そうした立場を前提とした活動・体験に関わったりしながら、『問い』としてのスピリチュアリティが伴っていないようなケースが含まれる」と整理し、『問い』か『答え』のどちらかがスピリチュアルである場合とする。そして、第Ⅲ象限は、『問い』も『答え』もスピリチュアルなものではない」と説明する。

この「問い」と「答え」を参照軸とした象限は、スピリチュアリティ概念を理解する上で、林が俎上にのせたように論者による立場や領域の違いから強調されるスピリチュアリティの側面の違い、また、メディアをにぎわせる「スピリチュアルブーム」事象を含む問題系への見通しが整理されていると考える。

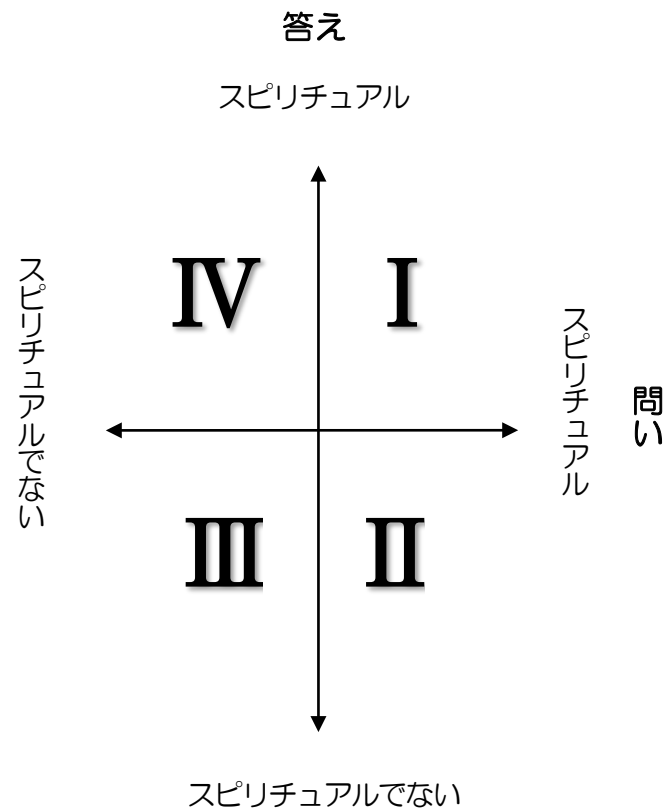


図 3-2 スピリチュアリティの「問い／答え」の四つの象限（林 2011: 32）

### 3. 本研究でのスピリチュアリティの視座

#### 1) 基本的視座

Carroll のスピリチュアリティの定義とモデルはソーシャルワークプロセスにおける道標として、また林の位相としての理解は、現場の「今、ここ」にいるクライアントへのスピリチュアリティのアプローチの視点を定位させる捉え方と考える。そこで、本研究では Carroll のホリスティックモデルと林の「問い」と「答え」のスピリチュアリティの視座を援用し、以下のようにスピリチュアリティの理解とソーシャルワーク実践での枠組みを示す。

- ① 「本質的なスピリチュアリティ」は誰にでも存在し、人生、生活の中において、人は、その人の全体性を目指すプロセスのどこかに位置づけられる。それは、つまりスピリチュアリティの成長プロセスにおいての、その時々、その人の位置がスピリチュア

ルなウェルビーイング (spiritual well-being) としての在りようである。

- ②「スピリチュアリティ」は「人生の意味や目的」といった実存性への当事者の関心や動機である「問い」から誰にでも開け、その「答え」は、超越性とかかわるものである。また、超越性との関係性は、身体や心理、自己や他者との関係性に反映されるものである。
- ③しかし、超越性との関連を含まぬ「答え」も現実にはありうる。ソーシャルワーク実践においては、それが担保されている必要がある。(林の図においてはⅡの領域, Carroll の図においては、超個人軸に関わらない、生物－心理－社会的のみの発展)。
- ④ソーシャルワーク実践では、クライアントの「問い」の存在を認識し、「問い」「問い直し」「問いを深める」方向性から見えてくるものがあることを信じ、クライアントにかかわり続けることが重要である。

## 2) 精神保健ソーシャルワーク実践における「問い」からはじまる支援

林は、スピリチュアリティを「問い」の定位においた場合、一定の「答え」を前提としないからこそ、それはさまざまなかたでのスピリチュアルな「答え」を求めてゆく窓口、あるいは機縁となるのではないかと、また、ケアや教育で、スピリチュアリティの立場として第一に求められることは、一定の答えや方向性を示すことではなく、こうした問いの場、機会を開くことではないかと示唆した。また、「問い」と「答え」の区別は、一面ではスピリチュアリティの「深さ」の問題であり、「問い」のスピリチュアリティはより深いスピリチュアリティに入ってゆくための最初の段階で、何らかの具体的な方向性をもった「答え」のスピリチュアリティはすでにある程度の深まりを示した段階だとする (林 2007:117)。この林のスピリチュアリティの「深さ」と、Carroll のスピリチュアルな「発達」と重ねて考えると、時間的要素を含む中で人が「問い」、「問い」続けていくことを支援することが、スピリチュアルな視点をもったソーシャルワーク実践になるのではないかと考えられる。

精神障害を患うということは、その人にとって人生の大きな危機であり、そこにはスピリチュアルペインの存在がある。それは、つまり、「問い」のスピリチュアリティである。それが、機縁・窓口としての「問い」のスピリチュアリティとして立ちのぼるためには、まずはクライアントの「問い」の存在をソーシャルワーカーが認識することが必要であろう。現在、実践において「問い」の窓口は開いているであろうか。「問い」の存在に気づいていても、その扱いが分からず「問い」の存在を付してしまっていないだろうか。また、

宗教的問題や心理的問題とみなし、ソーシャルワーカーが立ち入るべき領域ではないと考えていないだろうか。精神障害者にはそうしたことを問う能力がないとみなしてはいなかっただろうか。さらに、『問い』のスピリチュアリティに重要な要素だといえる『超越への扉』（林 2007:115）をソーシャルワーカーは開けているのであろうか。林（2007:115）が指摘するように超越への扉が閉ざされている、あるいは扉の存在すら忘れられているのが実情だといってよい日本社会の文脈の中で、また、これまでの長年の医学モデルに基づく援助において、超越への扉は実践の中では固く閉ざされていたといえる。

## Ⅱ スピリチュアルな成長（spiritual growth）の場としての SA

### 1. AA（Alcoholics Anonymous）における回復とスピリチュアリティ

本研究では、精神障害者のリカバリーにおけるスピリチュアリティへのアプローチの1つとして Schizophrenics Anonymous（以下、SA）に着目した。ここではまず、SA のモデルとなっている Alcoholics Anonymous（以下、AA）についてそのスピリチュアルな側面に焦点をあて概説し考察する。なお、以下では、主に AA の書籍を引用・参考にしており、「spiritual」の用語の訳については、「霊的」「スピリチュアル」「spiritual」と様々に用いられており、基本的には本章においても、そのまま統一せずに用いる。

#### 1) AA とは

AA はアルコールをやめたいと願う者であれば誰でも参加できるアルコール症者のセルフヘルプグループ（以下、SHG）である。SHG において最も長い歴史をもつといわれ、現在、およそ 180 以上の国と地域に 10 万以上のグループが存在し、200 万人以上のメンバーがいるといわれている<sup>注2)</sup>。現在、12 ステップ・グループといわれる、主にアディクション（薬物依存やギャンブル依存など）を中心とした SHG に多くみられるグループは、この AA の回復のプログラムといわれる「12 のステップ」をモデルにし、その方式を取り入れているグループである。

AA の目的はアルコールを完全にやめ、飲まない生き方を続けるために、他のメンバーと経験と力と希望を分かち合い、問題を解決し、他のアルコールで苦しむ者たちの回復を手助けすることである。AA の活動の中核にあるのは、定期的な集まりの「ミーティング」と、仲間同士の支え合い「フェロシップ」である（葛西 2007:23）。ミーティングでは、飲酒していた頃の自分の問題や生き方、あるいは AA のプログラムを実践することでどの

ような変化があったのかを語ることを通して、経験を分かち合うことに焦点がおかれる。

「フェローシップ」は、各々が仲間の一員と感じられるといった AA の集合体的な意識といえ、仲間同士の様々なつながりや交流をとおり AA を形作っているものといえる。

そして、AA という共同体の一体性を守るための指針として「12 の伝統」がある（資料 1-1）。この伝統は AA の初期の取り組みの失敗を踏まえ作られていったものである。それはつまり、AA という集合体を構成する各グループが、確実に成長し存続するための方法であり、各々のメンバーの居場所が確保されるための方法を示したものであるともいえる。

日本では、600 以上のグループが存在し、メンバー数は 5700 人以上と推定されている<sup>注3)</sup>。日本の平均的なミーティングでは、数名～十数名位のメンバーが集まり約 1 時間のミーティングが開催され、経験が分かち合われる<sup>注4)</sup>。

## 2) AA の回復と 12 ステップ

AA では個人がアルコールを飲酒することなく生きてゆくための回復のプログラムとして「12 のステップ」（表 3-1）が提案される。White (=2007:145) は、「12 のステップ」は、AA のアルコール症からの回復のために絶対不可欠なプログラムであり、AA ミーティング、スポンサーシップ<sup>注5)</sup>、文献、さらに AA の機構や AA での経験などはすべて、この 12 のステップを実践し、ステップどおりに生きていけるように展開した方法であると述べる。「12 のステップ」は AA の創始者たちが、彼ら自身、および他のアルコール症者たちが心理的に変化できるようなガイドとして作成した、飲まない生き方を継続するために各メンバーが経る必要がある回復のプロセスを記したものである（Katz=1997:14）。AA のメンバーは、ミーティングに参加し、AA の様々な出版物を読み、仲間やスポンサーに助けをもらいながら、このステップを受け入れ、ステップを通じて回復していくことが期待されている。

ステップ 1 は、飲酒のコントロールができなくなり、自分がどうしようもない状態に陥っている無力な自分を認めることである。完全な敗北を認めて、新たな一歩が踏み出せる。ステップ 2 は、自分にどうにもならないことを認めた上で、ハイヤーパワーを信じることである。ハイヤーパワーとは「自分を越えた大きな力」であり、その存在が飲むしかなかった自分を正気にもどしてくれると受け入れ、そして、ステップ 3 で、ハイヤーパワーに委ねなさいというのである。自分の意志によって問題を解決しようとしていた自分を手放し、自分なりに理解した「自分を越えた大きな力」に委ねる決心をするのである。ステップ 4 では自分のこれまでしてきたことをすべて紙に書きだし（棚卸し）、ステップ 5 で、それ

を神と自分に明らかにし、そしてもう一人の人（多くの場合はAAの先行く仲間）に聞いてもらい、自分の生き方の誤りを認める。ステップ6では、ステップ4、5で明らかになったアルコールの問題のみならない自分自身の問題を、ハイヤーパワーに委ねる準備を整え、ステップ7でハイヤーパワーを自ら求めるのである。ステップ8は、これまで自分が傷つけてきた人々のリストを作り、その人たちへの埋め合わせをする気持ちになり、ステップ9で、その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会ある度に、その人たちに埋め合わせをしていく。ステップ10では、棚卸しを継続して、自分の生き方を点検し、誤りがあればそれを認め、ステップ11では、自分なりに理解した神と意識的に触れ合い続け、自分ではなく神の意志にそって行動していける力を求める。最後のステップ12では、今まだ苦悩の真っ只中にいるアルコール症者に、自分が踏んできたステップをふまえて自分の体験を伝える。そして、これらのステップをアルコールの問題だけでなく日常生活にとりいれ日々継続していく。

Katz (=1997:25) は 12 ステップ・グループが全般に、個人の変革は **spiritual** なものに対する考え方や見方の変化を通じてのみ達成できるという考えに基づいた強力なイデオロギーをもっており、ステップ1の「私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた」はその特徴を示していると述べる。そして、無力 (**powerlessness**) を認めることがその後続くステップの基礎となり、霊的な意味で他者の助けを求めることが、新しいメンバーすべてに期待されているという。

つまり、AAでの回復とは、個々人の霊的 (**spiritual**) な側面の変化が前提とされた、飲まないで生き続けていく生き方そのものであり、ステップにその原理が示されているということである。

表 3-1

---

12 のステップ

1. 私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた
2. 自分を越えた大きな力が、私たちを健康な心に戻してくれると信じるようになった。
3. 私たちの意思と生きかたを、自分なりに理解した神の配慮にゆだねる決心をした。
4. 恐れずに、徹底して、自分自身の棚卸を行い、それを表に作った。
5. 神に対し、自分に対し、そしてもう一人の人に対して、自分の過ちの本質をありのままに認めた。
6. こうした性格上の欠点全部を、神に取り除いてもらう準備がすべて整った
7. 私たちの短所を取り除いてくださいと、謙虚に神に求めた。
8. 私たちが傷つけたすべての人の表を作り、その人たちに進んで埋め合わせをしようとする気持ちになった。
9. その人たちやほかの人を傷つけない限り、機会あるたびに、その人たちに直接埋め合わせをした。
10. 自分自身の棚卸しを続け、間違ったときはただちにそれを認めた
11. 祈りと妄想を通して、自分なりに理解した神との意識的な触れ合いを深め、神の意志を知ることと、それを実践する力だけを求めた。
12. これらのステップを経た結果、私たちは霊的に目覚め、このメッセージをアルコールに伝え、そして私たちのすべてのことにこの原理を実行しようと努力した。

---

AA ワールドサービス社の許可のもとに再録 (AA=2002:85-86)

---

3) AA のスピリチュアリティ（霊性）と 12 のステップ

『12 のステップと 12 の伝統』のまえがきには、「AA の 12 のステップは霊的な特徴を持つ一連の原理であり、生き方として実践されるなら、飲酒のとりわれが解かれ、幸福で有用な人間へと変わりうるものである」と書かれてある。12 のステップが霊的な特徴をもつ一連の原理をもつに至ったのには、AA の歴史を理解しておく必要がある。これらの AA についての歴史は、AA から出版されているいくつかの書物に詳細が載せられているが、

ここでは Katz によって簡潔にまとめられた一文の内容で説明する。

グループは、1935 年に、2 人の慢性アルコール依存症によって始められた。この 2 人は、ニューヨークの株式仲買人とオハイオの外科医で、何年もの間、飲酒を止めようと試みては失敗を繰り返していた。株式仲買人は、英国で始まったオックスフォード・グループによって刺激をうけたという、霊的な spiritual 体験があった。オックスフォード・グループとは、人間は、言葉に出した誠実、短所の告白、他者に対して過去の過ちを償い、神への信仰を通じて救済されるという考えを強調するプロテスタント運動である。株式仲買人は、自分自身を飲酒から救うためには、同様のメッセージとプログラムを他のアルコール依存症者に伝える必要があり、かつそうすることによって自分は飲まないでいられるので、彼自身が他のアルコール依存症から支えられていることに気がついた。彼と外科医は、オハイオのアクロンの病院のアルコール依存症とともに活動をし始め、1935 年の終わり頃に、最初の AA グループが誕生した。AA の基本的な考え方が広まるについて、いくつかの都市に、自身をオックスフォード・グループの一部とみなしたグループが出現した、しかし、1938 年に、AA の 2 人の創始者によって著された『アルコールリクス・アノニマス Alcoholics Anonymous』が出版されると、散在していた地区のグループが集められ、その書名を採用して AA と名乗るようになった。個人の救済のためにセルフヘルプ・サポート・グループを創設する際の、創立者のイニシアチブの基礎にあるものは、奈落の底までおちてしまい、それに自分自身で対処できず、しかも「専門家」に助けを求めても答えが得られなかったという、見込みのなさ、絶望の感情であった。何をやってもどうにもならなかったもので、彼らは互いに集まって、支え合い、助け合ったのである。(Katz=2007:13)

株式仲買人がビル・ウィルソン (W.G.Wilson) で、外科医がドクターボブ (R.H.Smith,M.D) である。この 2 人の出会った日が AA の最初のミーティングとされているが、AA の成り立ちの背景は、上述のようにオックスフォード・グループとの関係が深い。ビルの「オックスフォード・グループから刺激を受けたという霊的な spiritual な体験」とは次のようなことであった。

ビルは依存症の治療を受けながらもアルコールをやめることができず、医師から匙を投げられていた。そこにアルコール依存症であった大学時代の友人のエビーが断酒して現れたのである。オックスフォード・グループに参加して「信仰をもった」と別人のようにあ



われたエビーとの交流の中で、ビルは自らの神観念と生き方を思索するが、やはり飲酒してしまい、病院のベッドでその罪悪感に打ちひしがれ絶望した。しかし、その時、ビルは「もし、神が存在するというのなら、頼むから姿を見せてくれ！ 何でもする。何でもするから！」と叫び（AA=1990:94）、彼の世界観を一変させた霊的体験に目覚めたのである<sup>注6)</sup>。「にわかに部屋が霊光で満たされた。私は言葉では言い表せない忘我の境地に魅了されていった。心の眼で見ると、私は山上におり、そこにはスピリチュアル（霊的）な風が吹いているようだった。さらに突然、解放されたという感じになった。忘我の境がゆっくりとおさまってきた。ベッドに横たわったが、しばらく別の世界にいた。新しい意識の世界だった。私をとりまくあらゆるもの、そして、私の何から何までが、神がおられるという豊かな感覚に包みこまれていた」（AA=1990:94）

同時にこの体験はビルに、一人のアルコール症者が、このメッセージを次の者に運ぶことによっておこる連鎖反応を思い描かせ、そして、なによりも自身が他のアルコール症者と一緒にやっていきたいと望んでいることに気づかせた。そこで、ビルはオックスフォード・グループに参加し、アルコール症者を訪ね回心の必要性を説いてまわるようになった。こうしたビルの活動は、ビルが説教をしている間は関わった誰も成功することはなかったが、ドクターボブとの出会いにおいて、互いの体験を話し、お互いを必要としあう関係を認識したことで、その後、回復者をうみだしていく AA を形作る基礎となっていたのである。

つまり、こうしたオックスフォード・グループの思想やビルの霊的体験が、AA の回復のプログラムの核心となっていた。AA は、その後オックスフォード・グループとは袂を分かったが、アルコール症者の回復のためにならないと考えられる思想や受け止め方を退ける以外は、その教えや実践は引き続き用いた。さらに、ウィリアム・ジェイムズ<sup>注7)</sup>や主治医のシルクワース博士<sup>注8)</sup>、サミュエル・シューメーカー牧師<sup>注9)</sup>の教えのもと、それは回復の原理として、①われわれは打ちのめされたこと、アルコールに対して無力であることを認めた。②自分の短所または罪の棚卸表をつくった。③もう一人の人間に、自分の短所を内密に打ち明け、分かちあった。④飲んで傷つけたすべての人に埋め合わせをした。⑤金銭や名声の報酬を期待することなく、他のアルコールを助ける試みをした。⑥これらの教えを実践する力を与えてくださいと、自分で理解している神に祈った。（AA=1990:244）という 6 つのステップに固められていった。そして、ビルがこの内容をさらにより明確に理解できるように、同時に表現全体のスピリチュアル（霊的）な含みを

より広くより深いものにしようと書きあげたのが、さらに6つのステップを組み入れた12のステップであった。最終的にビルが草案した12ステップは、スピリチュアル（霊的）なことはよいが宗教は受け入れられないというメンバーや、不可知論者や無神論者のメンバーと議論の末、ステップ2の「神」は「自分を越えた大きな力」と表現され、ステップ3とステップ11では「神」の前に「自分なりに理解した」という言葉を挿入され、ステップ7からは「ひざまずいて」という表現が削除され、そして、このステップが信条の強要にならないように、導入部に「次に、私たちが踏んだステップを示す。回復のプログラムとして示されているものである」という文言が追加された（AA=2007:254）。このように出来上がったものが現在の12のステップである。この結果、AA以前の相互援助団体の多くは、回復の枠組みから宗教をできるだけ遠ざけるか、あるいはその反対に特定の宗教を支持したかのどちらかであったが、AAはその中道をいき、AAのプログラムを『宗教ではなく霊的なもの』と定義づけて、その霊性についての解釈を個々に任せたことが最も重要な点となったのである（White=2007:151）。つまり、「自分が理解した神」あるいは「自分を越えた大きな力（ハイヤーパワー）」というものにおいて、信仰があろうがなかろうが、苦しんでいる人なら誰もが、受け入れ、試みることができる形でスピリチュアル（霊的）な成長へ続くように作られたもの、それが現在の12のステップであり、このステップとともに個々人の回復の体験が『アルコホーリクス・アノニマス Alcoholics Anonymous』には載せられたのである。

AA創設初期のこうした経過をたどり、12のステップは霊的特徴をもつプログラムとなった。言い換えれば、12ステップは「自分が理解した神」あるいは「自分を越えた大きな力（ハイヤーパワー）」をそれぞれが見出していくという「霊的な目覚め（spiritual awakening）」が目標とされるプログラムなのである。では、「霊的な目覚め（spiritual awakening）」とはどういうことであろうか。ビルは、飲まないで生きることは、スピリチュアル（霊的）に目覚めた時の最初の贈り物にすぎないといい、「目覚めが深まるにつれて、どうにもならなかった昔の生き方が少しずつ取り除かれていき、どのような状況にも対処できる新しい生き方を送れるようになる」という。そして、12ステップを実行することで、「目覚めを続けていく意欲があるならば、世俗的な成功や失敗、苦しみや喜びにも関係なく、また、病気や健康、死そのものさえも越えた、無限の可能性のある新しい人生が始まる」とも述べる（AA=2003:8）。つまり、目覚めとは、「深める」「続ける」という一連の連続的な方向性をもった認識だといえる。そして、その生きる姿勢の継続が、また「ス

スピリチュアル（霊的）な成長」あるいは「スピリチュアル（霊的）な生き方」と表現される。

AA の初期は、この「霊的な目覚め」や「霊的体験」は、ビッグブックに載せられたメンバーの体験に「突然の、天地がひっくり返るような変化」が何度か語られており、多くのアルコール依存症者は、回復するには急激で圧倒的な「神意識」に包まれ、そしてすぐにその精神も物の見方も大きく変わらなくてはならないと考えたようである。しかし、メンバーが増えるにつれ、それはむしろ普通ではないと考えられるようになり、ほとんどの場合は、ウィリアム・ジェームズがいう「いろいろな教育的な形」であり、時間をかけてゆっくりと起こるものだと理解されるようになった（AA=2000:298-299）。つまり、ビルのような瞬間的な強い目覚めと、ゆっくり目覚める典型的なスピリチュアル（霊的）な目覚めがあるということであり、そして、そこに起こる変化に大差はないと考えられるようになったのである（AA=1990:95）。では、そこに起こる変化とは何か。ステップ 12 において、人が霊的に目覚める時、その最も重要な意味は、「これまで自分だけの力とやり方ではなし得なかったことが、いまはでき、感じ、信じられるようになったということである」（AA=2001:141）と述べられている。また、AA の様々な文献にみられる「霊的目覚め」を体験した人たちの語りには、仲間と神の力によって、正直さ、寛容さ、謙虚さ、感謝、無心、やすらぎ、心の落ち着き、心の平和、ユーモアそして愛などが、その人たちの中に築きあげられていき、他者のために役立ち生きることが自らの生きる喜びとなっていることが示されているが、それが「新しい意識と存在ともいうべき贈り物が与えられた」（AA=2001:141）姿といえるものなのであろう。

人によって、霊的な目覚めにかかる時間やその定義の仕方は様々であり、多様であってよいことが前提とされ、12 ステップをとおり、「無力」を認め、仲間を含む自己を超えた存在との関係を築き、価値観の転換を伴う自己認識を再構築され生き方が変えられる、その働きこそが AA のスピリチュアリティ（霊性）といわれるものであり、そしてその変化プロセスが、スピリチュアル（霊的）に成長し続けていくこと、つまり、回復するということであるといえよう。

## 2. 人生の終末におけるスピリチュアルケアと AA

精神科領域でスピリチュアリティが語られてきたのは、依存症治療の現場で、AA を中心とした 12 ステップに基づくセルフヘルプグループであった。

檜尾（2010）はスピリチュアリティのセラピー文化としてスピリチュアルケアと AA をあげ、両者を比較検討している。スピリチュアルケアは必ずしも死に向き合う人に対するものではなく、ここで檜尾が狙上にのせているのはホスピスケアなどの終末期医療をイメージとしたスピリチュアルケアであるという点で、限定された対象へのスピリチュアルケアを示しているとはいえるが、「死」と「生」という異なる方向に向かうプロセスの相違から興味深い指摘をしている。彼はスピリチュアルケアと AA に「自己の精神的心理的な弱さを他者に開示、露呈する点や、他者が弱さを露呈する自己に寄り添う、そして互いに寄り合うことによって共同性が開かれるという点」、そして「心のレベルから魂のレベルへの意味の実存的獲得と意識的進化が観察されること」に共通点がみいだされるという（檜尾 2010:165）。その一方で、以下のような差異をあげている（表 3-2）。スピリチュアルケアでは、そこには残される者に対する自己の未来における思いをもち、周囲から死を看取られる立場であり、AA では、過去の行為を背負い続けながら、自己と仲間と互いにその生を看取る関係であるという。残されている生の時間的限界によって心理的負荷や看取りの関係性が大きく異なることは、限定された時間の中で人生の終末に向かうプロセス（微分的人生）と、これからの生にむかうプロセス（積分的人生）の違いであるといえる。

表 3-2 スピリチュアルケア（終末期医療の場合での）と AA の違い

	スピリチュアルケア	AA
心理的負荷	残される家族や友人に対する自己の未来における負荷	家族や周囲に対して行った行為の償いという過去の負荷
人生の過程	残りの人生の実存的意味を切迫する死に向かつての微分的人生	断酒継続を中心に人生の基本的な行いを積み上げていく積分的人生
看取りの関係性	周囲が自己の死を看取る	自己が仲間と共に自己の生と仲間の生を看取る

檜尾（2010）に基づき筆者作成。

### 3. AA と SA

上述のように「微分的人生」と「積分的人生」として表されたスピリチュアルケアと AA の対象者にとっての大きな違いは、その人にとって残されている時間と、仲間の存在の有無である（表 3-3）。

死にゆく人は、看取りの期間、多くの場合、これまでの人生でのつながりの中での関係性に焦点があてられ、まして死は一人で迎えるしかなく「死にゆく仲間」は必要とされない。一方で、社会的偏見が強いアルコール依存症者や統合失調症者にとって、同じ病を患った仲間の存在は、自らの偏見を乗り越えて生きていく（生活していく）上で多大な影響を与える存在（例えば、回復している姿を見られる）となる。AA の人々は、仲間とのミーティングの中で、日々の生活の中での新たな体験、予期せぬ出来事、さらなる危機的状況に陥るかもしれない、そうした不確かな人生の中で「生きる意味」や「関係性」を自分の体験から問い続ける。

表 3-3

	死にゆく人	アルコール依存症者	統合失調症者
直面する死	生物学・社会的	生物学・社会的	社会的
偏見	ない	強い	強い
仲間の存在	ない	ある	ある

精神障害者のスピリチュアリティへのアプローチを考えると、当然ながら、その対象は「いま・ここで」、そして、現世界での「これから」を生きる人々である。つまり、前章で論じたようにリカバリーのための「語り」の場としてのセルフヘルプグループでの可能性を支援モデルと考えれば、そのモデルを AA に求められると考えるのである。

AA をモデルとしてアメリカで立ち上がったグループが、SA である（詳細は次章）。前述の通り、AA をはじめとする 12 ステップ・グループでは「スピリチュアルな成長」が志向されており、そこにはスピリチュアルな回復の物語がある。つまり、AA をモデルとして創られた SA においても「スピリチュアルな成長」が志向されたグループと仮定できる。

また、SA の欧米でのこの 20 年あまりの発展、そして、AA の世界的な広まり、日本でも 40 年間に各地でミーティングが開かれるようになり、多くの回復者が存在しているという現実には照らせば、文化の異なる本邦でも（AA が欧米のキリスト教文化を背景としても）、SA というグループの発展の可能性が開かれていると考えられる。

一方で、欧米ではアディクション以外のグループでも 12 ステップを用いたグループが存在しているが、本邦ではほぼアディクション関連のグループであり、精神科領域で括っ

たとしても、アディクション以外の他の疾患にどの程度 12 ステップ・グループの汎用性があるのか、身体的「死」との距離、疾患の病状や障害の違いなどで何か影響があるのかといったことへの疑問を呈する。

### Ⅲ 本研究の枠組み

#### 1. 本研究の視点と仮説

本邦の精神保健福祉領域において、スピリチュアリティの文脈から語られることはほとんどなく、精神障害者のスピリチュアリティについても、また、その援助についても明らかではない。

そこで、本研究では本章 I で上述したように、スピリチュアルな発達と「問い」のスピリチュアリティを基本的視座におき、実践での統合失調症者へのアプローチ（大阪 SA の支援）をとおして、統合失調症者の「スピリチュアルな成長」プロセスを記述することを試みた。本研究には以下の 2 つの仮説がある。

仮説 1) SA が実際にスピリチュアルな成長を志向する場となっている。

仮説 2) 統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長」がある。

また、それぞれ以下の調査を実施し仮説の検証と検討をおこなった。

仮説 1) については、2 つの質的調査を実施した。

##### ① 浦河 SA を対象にフォーカスグループインタビューを用いた調査

本邦で最初に開始された浦河 SA を対象とし、SA が「スピリチュアルな成長」を志向する場であるかどうかを検証した。

##### ② 大阪 SA を対象に個別インタビューを用いた調査

浦河 SA をモデルとしてつくられた大阪 SA を対象とし、浦河 SA と同様に「スピリチュアルな成長」を志向するセルフヘルプグループの場として大阪 SA が成り立っているかを検証した。

仮説 2) については、1 個人の統合失調症者の事例研究をおこなった。

4 度のインタビュー調査を中心に、大阪 SA 参加前の A 氏の認識変化と参加後の A 氏の認識変化をスピリチュアリティの視点から分析することで A 氏の「スピリチュアルな成長」プロセスを記述し検討した。

## 2. 本研究の特徴

本研究は、ソーシャルワーカーとして自らが援助する人々にかかわる中で、スピリチュアリティの領域について関心がうまれたことが発端にある。つまり、筆者自身の精神科クリニックでの実践において、今、目の前にいる患者（達）に自分ができる援助は何か、どのように援助をしていくことが望ましいのかということが、本研究の研究動機となっている。これゆえ、研究方法として考えられたことは自分自身が関わる範囲での実践にかかわる研究であり、研究の結果が直接実践に還元される研究であった。

そこで、研究と実践は、①SA が「スピリチュアルな成長」の場として機能しているか検証（研究・実践）、②大阪 SA グループ創出と展開支援（実践）、③大阪 SA グループが「スピリチュアルな成長」の場として機能しているか検証（研究）、④ SA の支援方策の探求（研究）、⑤SA 参加者（A 氏）の「スピリチュアルな成長」の事例分析（研究）といったプロセスをたどった。

現実には、本研究では調査と実践が同時並行に進むという関係にあり、各調査で得た知見は、筆者の実践としてダイレクトに援助の方向性、援助者の態度として SA グループや参加者に影響を与え、そして、実践現場で目にし、感じたことが次の調査へとリンクするという対象との相互作用の中で進められた。

また、筆者の立ち位置としては、2005 年以降は、常に援助者と研究者の両面を持ち併せていたことを記しておく。しかし、その力点を考えると、2 つの時期に分けられると考える。2005 年～2010 年 4 月の「大阪 SA 立ち上げ」から「大阪 SA オープン・スピーカーズ・ミーティング（2 周年）」開催までと、2010 年以降の時期である。前半は直接的にセルフヘルプグループを支援する援助者としての側面でのかかわりが中心となり、2010 年以降は事例分析を行った「A 氏」の変化を確認する研究者としての側面が中心となっている。

以下、時系列に実施した調査と実践（現場での展開）を図 3-3 に示す。

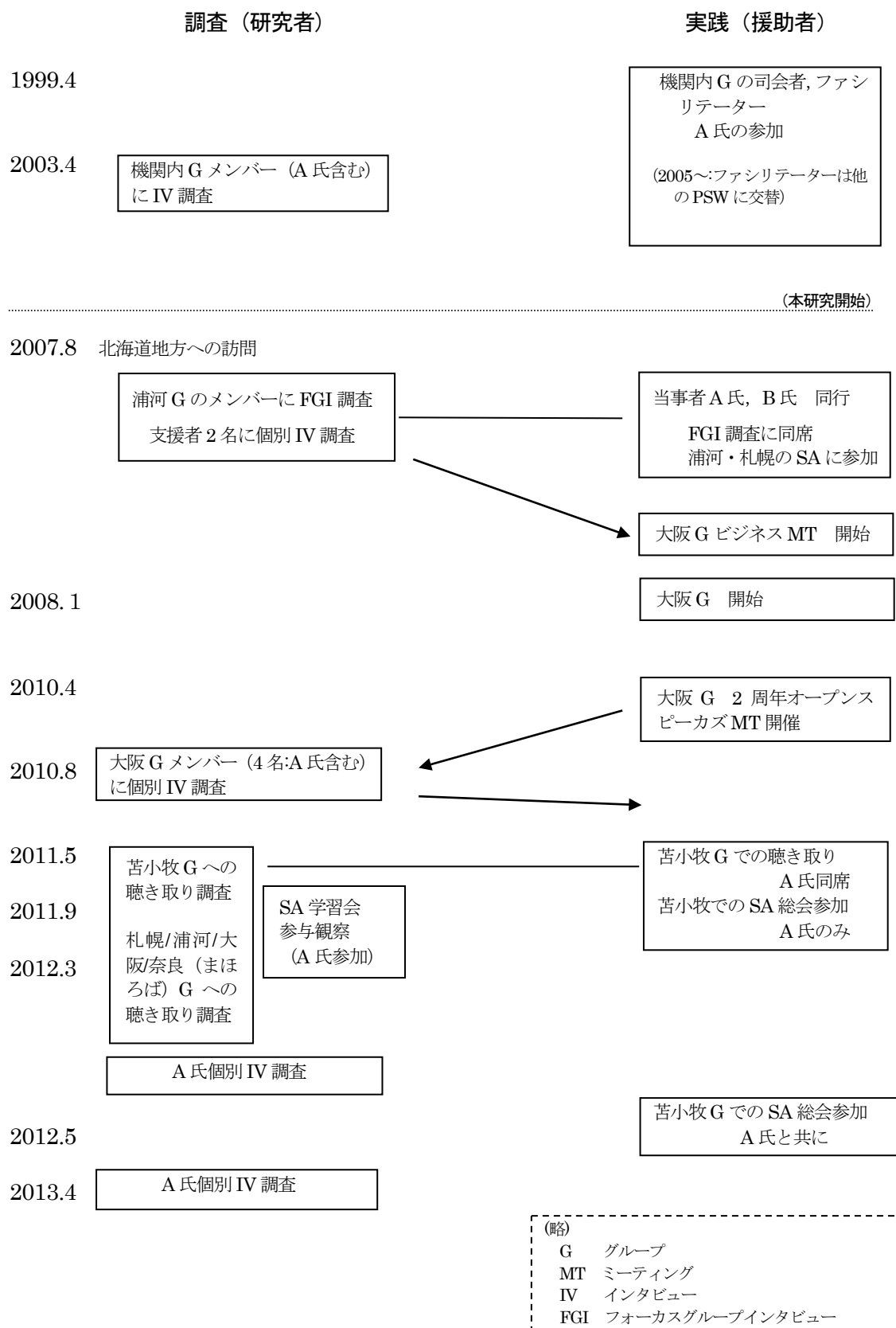


図 3-3 実施調査と援助展開



注1) 7つのモデルとは, Ellison(1983) 垂直－水平モデル, Vaughan(1985/1995) 気づきの5段階, Farra, Fithett, Ouring-Emblen, and Burck(1989) 統合的アプローチ, 単一的アプローチ, Kilpatrick, Holland(1990) SOCS, サークル, Canda & Furman (1999) ホリスティックモデル, である。

注2) Alcoholics Anonymous <http://aaJapan.org/introduction/> AA 日本ゼネラルサービス (JSO) 2015.9.25

注3) 同掲載

注4) AA のミーティングには, 以下のようないくつかの種類がある。オープン・ミーティング－本人・関係者など誰でも参加できる。ただし, 基本的には本人以外は発言できない。クローズド・ミーティング－本人以外は参加できない。ステップ・ミーティング－12のステップをテーマにするミーティング。伝統ミーティング－「12の伝統」をテーマにするミーティング。ビッグブック・ミーティング－ビッグブックの引用を用いたミーティング。ビギナーズ・ミーティング－AAに参加始めたメンバーのためのミーティング。ビジネス・ミーティング－各グループで, グループメンバーによってグループの運営などについて話し合うミーティング。レディーズ・ミーティング－女性のみ参加できるグループ。ヤング・ミーティング－35歳以下のメンバーが参加できるミーティング。

注5) スポンサーシップとは, AA の回復プログラムを実践し, 飲まない生き方を継続していくために, 自分より経験のあるメンバーに相談にのってもらい, 助言や提案をしてもらう関係をとること。助言をするメンバーをスポンサー, 助言を受けるメンバーをスポンシーと呼ぶ。スポンシーがスポンサーを依頼することができる。

注6) ビルは霊的体験の直後, この体験が幻覚でないかと思い, 主治医に相談すると, 主治医は, 断酒をもたらしてくれた宗教的体験として受け止めるようビルに話した。そして, 自分の体験を確認するために, エビーがもってきたウィリアム・ジェームズの「宗教的経験の諸相」を読み, 以下のように理解した。

「ジェームズの考えによると, 霊的体験は客観的な実存性を持ち得る。それは思いがけなくやってきた贈り物のように, 人間を変えることができる。突然光輝く啓示もあり, また非常にゆっくりしたペースのものもある。宗教的なルートから来る場合もあれば, そうでない場合もある。しかしほとんど全ての場合に共通する大きな要素があった。苦悩, 苦痛, 不幸という要素である。完全な絶望と最奥での自我の

収縮がないと、この啓示を受け入れられる状態にはなれないようである。このすべての意味が突然わかってきた。**最奥での自我の収縮** – そう、まさにこれだった。これこそが私の中で起こったことだった」(AA=1990:95-96)

注7) ウィリアム・ジェームズ (William James) は アメリカを代表する哲学者・心理学者 (1842-1910)。1901 年に「The Varieties of Religious Experience (宗教的経験の諸相)」を刊行した。

注8) ウィリアム・ダンカン・シルクワース博士は、チャールズ・B・タウンズ病院の医師であった。1933 年にビルがそこへ入院した時、アルコール症の病気の本质である「身体的アレルギーと精神的強迫」を彼に教えた。AA の医療分野での最初の友人と言われており、AA の発展に貢献し、生涯に 4 万人近くのアлкоール症の患者を診たと推測される (AA=1990)。

注9) サミュエル・シューメーカー牧師は、聖公会の牧師で、彼からビルや初期のメンバーは教えを受けている。ビルは「サム of 徹底的な正直さ、率直さ、恐ろしいほどの誠実さに、私は深く打たれた。ドクター・ボブと私が、のちに 12 ステップに表現されることになる原理の多くを最初に吸収したのは彼からである。・・・サム・シューメーカーは、私たちが自分の病気について何ができるのかという具体的な知識を与えてくれた。・・・彼から霊的なかぎを渡され、それによって私たちは解放された」と述べられている (AA=1990)。

## 第4章 SA (Schizophrenics Anonymous) の展開と課題

本章では、「スピリチュアルな成長」を志向する場として仮定した Schizophrenics Anonymous (以下, SA) の詳細について述べる。まずは、米国と本邦の SA の展開と現状を整理する。次に、本研究対象でもある大阪 SA グループの創出及び展開プロセスについて述べる。最後に全国のグループの現状把握から、セルフヘルプグループ(以下, SHG)としての SA の課題について述べる。

### I SA (Schizophrenics Anonymous) とは

#### 1. SA の活動

SA は統合失調症とそれに関連する人々の SHG である。現在、各地で展開している SA は 1985 年 7 月ミシガン州のデトロイトで、統合失調症からの回復を人々にも知ってもらいたいという思いをもった当事者である Joanne Verbanic の行動から始まった。彼女は地方紙に SHG を開始するという広告をだし、最初に集まったメンバー 2 名とともに地元のレストランと公園で最初のミーティングを開いた (Salem 2010)。このデトロイトの 1 グループから始まった SA (開始 2 年はこのグループのみ) は、当初よりミシガン精神保健協会 (Mental Health Association of Michigan: MHAM) とパートナーシップ関係をとっており、開始 6 年後に両者の正式な協同体制がとられるとグループ数が増加し、ミシガンでは 14 年間に 64 のグループ (開始 14 年時点では 42 グループが継続中) が運営されるに至った (Salem 2010)。このようにミシガンを中心に広まっていった SA は、1992 年 (開始 7 年目時点) では全米の 15 州でグループが存在し (岩田=1996)、開始 20 年後の 2005 年には全米の 31 州で 150 以上のグループが活動している。さらに、カナダ、オーストラリア、ブラジル、メキシコ、ベネズエラでもミーティングが開かれるようになった。

#### 2. SA の回復と 6 ステップ

SA の目的は、人間としての尊厳を取り戻すこと、仲間とつながること、人生や生活、病気への態度を改善すること、病気の情報を提供すること、そして、メンバーを勇気づけ、回復に向かうステップを踏めるようにすることであると提示されている (表 4-1)。

表 4-1 SA の目的

- 
- 1) 統合失調症から回復しようとしている人々の目的意識を高め、人間としての尊厳を復活させる。
  - 2) フェロシップ、肯定的なサポート、そして精神的な健康をえるための仲間とのつながりを提供する。
  - 3) 私たちの人生や生活、そして病気に対する態度を改善する。
  - 4) 統合失調症に関する最新の情報をメンバーに提供する。
  - 5) メンバーを勇気づけて、病気の回復を導く確かなステップを踏めるようにする
- 

Schizophrenics Anonymous のパンフレット<sup>注1)</sup> ( Mental Health Association in Michigan ) 筆者訳

SA では、病気の症状と病気に対するスティグマにどのような態度をとるかが重要であることが示唆されているが、統合失調症という慢性疾患において、症状の再燃は生活様式であると捉え、それを乗り越え生活を維持できるように、統合失調症者自身が、誰からも審判されず、あるがままに受け入れられ、出会い、交流する場所を提供することによって、回復していくことを目的としているのである (Mental Health Association in Michigan 1997)。

SHG としての SA の特徴は 12 ステップグループに属することだと言える。12 ステップグループとは前章で説明したようにアルコール依存症の SHG である Alcoholics Anonymous (以下、AA) の 12 のステップを用いて回復を目指すグループである。SA は 6 ステップではあるが、そのステップは 12 ステップを基本に統合失調症とそれに関連する病気をもつ人々のためにアレンジされて作成されたものである。つまり、SA は統合失調症とそれに関連する病気に苦しんでいる人々が 6 ステップを用いて回復 (リカバリー) を目指すグループである (表 4-2)。

それぞれのステップについて、SA のブックレット (Schizophrenics Anonymous 1997) を参照し説明すると、ステップ 1 「私は降伏します」では、自分一人では生きていくことがどうにもならないことを認める。症状があり、統合失調症であることを認めることができないなら、最初のステップは、統合失調症に関連する症状があることをまず認め、そこから次に進むことが勧められる。ステップ 2 「私は選びます」では、自分がよくなろうとする意識的な決定をする。よくなろうとすることには専門職との共同作業と、服薬の必要性の認識、あるいは回復過程には挫折や再入院の必要性があるかもしれないことを知ることが含まれている。ステップ 3 「私は信じ、信頼します」では、自分自身を助ける

のに活用できる個人的な資質を自分の内側に探すように求められ、誰もが障害を克服するのに有益な内なる強さ (strengths) を有していると信じるようになる。そして、自分の内なる強さ (strengths) で自分自身が助けられると、同じ病気をもつ他者に SA のメッセージをもたらすようになり、そうした他者を援助したときに、自分自身の回復が進んだことに気づく。ステップ 4「私は許します」では、自分と人々を許す。許すことは選択である。自分自身の情緒的な痛みを癒し、怒りを消すことを選択をするのである。ステップ 5「私は理解します。そして,,,」では、否定的な考えが自分の問題や失敗、恐れや不幸を起こしてきたことを理解する。例えば、「私はよくない (愛されたり、幸せになる価値がない)」「私は能力がない」「私はよくなならない (治らない)」「私には未来がない」といった自分をくじき、だめにするような考えを肯定的な態度に発展させる。そして、最後のステップ 6「私は決心します」では、自分を越えた偉大な力に人生を委ねることを決心する。自分たちに限界や限度があり、将来の不確かで何が起こるか分からない中では自分を越えた偉大な力に委ねることで生きられることを理解する。また、決心することで、症状として誤った信念や間違った意見をもつことがあるが、回復には自分の考えの誤りをできるかぎり受け入れ、変わっていかねばならないことを理解する。

岩田 (=1996) は AA と SA のステップを比較して 1. AA は 12 のステップだが SA は 6 つのステップであること、2. AA のステップは過去形 (例えば、「私たちはアルコールに対し無力であり、思い通りに生きていけなくなっていたことを認めた」) で書かれており、いわば「気づきの学び」であるのに対して、SA のステップは現在形 (例えば、「私は降伏します」) で述べられており、このようなプログラムを歩んでいきたいと思いますという希望の「プログラム」であること、3. AA では感性とともに、自己を対象化して自己を認識し、「棚卸し」することを重視しているが、SA はより感じ、体得することを重視しているようにみえること、の 3 点が両者の際立つ相違であるという。こうした相違は、アルコール依存症と統合失調症という異なる疾患の特性に配慮した結果と考えられるが、当初は SA でも 12 ステップを用いていたようである (岩田=1996) ことから、本質的にステップで目指されている回復の方向性は同じであるといえよう。SA で回復している (recovering) という意味は、「病気の辛さや個人の能力と才能と環境に晒された制限の中で、個人の能力の最大限まで機能していること」であり、また、その回復は決して当然ではない持続的な過程であり、常に意識的な努力が必要とされ、自分を取り巻く環境と触れ合っていかなければならないと述べられている (Mental Health Association in Michigan 1997)。6 ステップ

は、12 ステップ同様に、ステップに取り組み、自己の「制限や限界」を受け入れ自分を越えた力に委ねる生き方への方向性の中で成長していくことが求められているのである。

表 4-2 SA の 6 ステップ

1) 私は、降伏します。

私は援助が必要なことを認めます。私はひとりでは回復できません。(ひとりでは生きていくことがどうにもならなくなったことを認めます。それによって援助を得ますし、また、もはや、私はひとりではなく、孤独ではありません。)

2) 私は、選びます。

私は、よくなろうとし、しあわせになろうとしています。私は、よくなろうとしている自分の選択に対して十分な責任をもち、そしてそれが生き甲斐のある毎日の生活に直接関係する選択であることをこころの底からわかっています。

3) 私は、信じ、信頼します。

今や、私は信じるようになりました。私は自分自身が偉大な内的な資源(内なる力)を備えており、この内的な資源を用いて自分自身と仲間を助けようとしていることを信じるようになる。

4) 私は、許します。

私は、今までしてきた自分の過ちを許します。と同時に、私は、私を今まで様々な方法で、傷つけたり害してきたあらゆる人々を許し、自由にします。(そして、私自身をそれらのとらわれから解放します。)

5) 私は、理解します。そして、,,

今や、私は、誤った考えや自分をくじけさせる考えが、私の問題や失敗、恐れ、不幸を引き起こしてきたことを理解します。そして、私は、自分の信念体系をすっかり変える準備ができています。これによって私の人生は転換できるでしょう。

6) 私は、決心します。

私は、私を超えた偉大な力に自分の人生を託す決心をしました。私の意志と誤った信念をそれに委ねます。そして、私は私が深いところで転換されるように願います。

---

「3. スキゾフレニクス・アノニマスのグループにおける精神分裂病者の 6 段階の回復のステップ  
・アペンディックス 2 シキゾフレニクス・アノニマスの 6 つのステップと 6 つの原理」  
岩田泰夫訳『セルフヘルプ・シリーズ 5 セルフヘルプグループを始めようとする人と支援する人のキット』 全国障害者家族会連合会, p101.

### 3. SA のミーティングと運営

では、実際のミーティングはどのように開かれているのか。

SA のブックレット (1997) には、SA のミーティング形式が毎日曜日 (2 時間) に開かれているホームグループ (デトロイトの最初のグループ) を基本にしていることが示されており、次のような内容が記述されている (Mental Health Association in Michigan

1997)。

- ・ 20 名程のメンバーが大きなテーブルを囲んで座る。ミーティングでは、初めにグループの目的と前向きな展望を強調するアフメーションの本から選んだ一文を声に出して読む。次にメンバーは座っている順にファーストネームを呼ぶ。
- ・ その後、話し合いが始まる。メンバーは日々の問題の対処の仕方、精神症状とのつきあい方を分かち合い、彼らが焦点を当てたいステップの 1 つを取り上げる。それぞれのメンバーが話す機会をもち、そして会話することを勇気づけられる。
- ・ ミーティングはメンバーが円になって、手をつなぎ「平安の祈り」<sup>注2)</sup>を唱えて終わる。さらに、SA のミーティング形式はグループの構成や状態によって変わること、ミーティングの参加者の数や開催時間が異なることも認められている。

SA においても、ミーティングの運営方法は AA と同様にそれぞれのグループが尊重され、その裁量が認められている。Walsh (1994) のフランクリン郡での調査や Salem (2010) の調査の記述からは、AA 以上にグループ毎に様々な形態で運営されている実情がうかがえる。また、AA ほどに運営と維持に関しての細やかな配慮を見ることはできないが、12 の伝統を基に、こちらも 6 つの原理として SA の共同体としての指針が提示されている (表 4-3)

表 4-3 SA を導く原理原則 (Schizophrenics Anonymous Guiding Principles)

1. S.A. のメンバーであるために求められるものは、ただ一つ統合失調症とそれに関連する病気から回復したいという願望だけである。
2. S.A. のメンバーであるための要求は何もないが、ときにグループの運営費用や特別な企画への寄付は、受け入れられる。
3. S.A. ミーティングで話されたことは、ミーティング内だけに守られる。
4. S.A. のメンバーは、無名である。ただし、特別な状況で働くことを希望する人々を除く；S.A. のメンバーとリーダーは、私たちのプログラムに関するすべての事柄において、個性より原理原則をとどめるべきである。
5. それぞれのグループが独自のミーティング形式やテーマを定めてもよいが、それは S.A. の中央のリーダー委員会で認められる範囲である。
6. S.A. 全体に影響を与える決定は、メンバー自身のグループ意識によって引き出される；私たちは、私たちを超えた偉大な力にたより、この回復の過程を成し遂げる

SA (Mental Health Association in Michigan 1997) 筆者訳

#### 4. カナダ（Saskatoon）の SA の歴史と AA の接点

現在広く展開している SA に先立ち、1960 年代にカナダの Saskatoon で活動を始めた SA が存在していた。Ryback（1971）の論文には当時の SA が以下のような活動をしてきたことが記述されている。

- ・ SA は 1960 年代に精神科医であった Abram Hoffer の 12 人の患者たちによって始められ、1970 年始めには 50 以上のグループが活動していた。
- ・ この SA は AA の 12 のステップと 12 の伝統を用い、ミーティング外でメンバーの相互サポートをおこなっていた。
- ・ たいていのグループが週に 1 回ずつビギナーズミーティングとレギュラーミーティングを開いていた。ミーティングの最初に「平安の祈り」が唱えられ、15 分のコーヒースタイルブレイクをはさむ 1 時間半のミーティングがあり、最後にプロテスタントバージョンの「主への祈り」を唱える。ビギナーズミーティングはチェアマンとしてレギュラーメンバーの 1 人が運営する。チェアマンはグループの歴史と症状と関連する統合失調症の定義を説明する。
- ・ ミーティングはローテーションでメンバーの 1 人がチェアマンをする。チェアマンはどのように SA に自分が助けられたかを話し、その後ファーストネームで参加している個人を順番にあて、そして自分がどうだったか、この 1 週間がどうだったかについて尋ねる。この方式で、メンバーは話す機会をえて、チェアマンとグループが自分の成功や失敗を分かち合う。メンバーはパスをしてもよく、自分の困難を明らかにするのなら特別な助けが必要に感じられる他のメンバーの発言にコメントしてもよい。チェアマンは調整者、支持者、アドバイザーとして行動する。

この 1960 年代～70 年代の SA は Dr.Hoffer の指導から出発している。彼は AA の創始者の一人であるビルとの交流があり<sup>注3)</sup>、統合失調症の患者にも AA のようなグループが必要であると考え、そして、AA を忠実にモデルとした SA が創られた（Ryback 1971）。

最初のオリジナルな SA グループには 100 名以上が参加していたが、その内の 30%は統合失調症とアルコール依存症の AA メンバーであった（Hoffer & Saul 2009:95）。多くの AA メンバーが参加していたという事実からも、この SA グループには実質的に AA の基本精神がグループに根づいていたということが推測される。一方で、Dr.Hoffer の推奨する生化学療法（Chemo therapy）が絡んでいたという特徴がある。Kahal（1977）によれば、SA の設立と継続の主な障壁の 1 つは、SA に参加する患者の半数ほどは、生化学療



法（Chemo therapy）への関心があったことであり、いったん症状が軽減すると、多くがグループから離れていったという。

この流れの SA のその後の詳細については、筆者が探索したかぎり資料が見当たらず把握できていないが、1960 年当時すでに SA が存在していたということは注目に価する事実であろう。

## II 日本での SA の展開

### 1. SA の開始と 8 ステップ

本邦で SA が紹介されたのは、全国精神障害者家族会連合会から発刊された「セルフヘルプグループ 5 セルフヘルプグループを始める人と支援する人のためのキット」のアペンデックスの中で岩田（=1996）が「シキゾフレニックス・アノニマスの 6 つのステップと 6 つの原理」について説明と翻訳をしたものであった。その後、東京で SA のミーティングが存在していたとの情報もあるが詳細は不明である。

SA の始まりの地は北海道浦河町の「べてるの家」で、2000 年 8 月に第 1 回目のミーティングが開かれた。べてるの家では統合失調症の当事者とアルコール依存症の当事者が活動を共にしており、7 年間被害妄想で引きこもっていた当事者の一人が「自分たちもアルコール依存症の人たちの AA のように自分のことを話す場がほしい」と立ち上げたのが SA の始まりである（向谷地 2003）。開始にあたっては、ソーシャルワーカーであった向谷地氏とメンバー数名がアメリカの SA の資料を基に、AA の 12 ステップとの比較、べてるの家の活動の経験を重ね合わせた上で、SA の運営の形式を整える作業を行った。そうして出来たのが浦河 SA の回復の 8 ステップ（表 4-4）と SA を導く原理原則（表 4-5）である。現在、日本で活動している SA はこの浦河 SA（USA）をベースとして展開している。

浦河 SA は 6 ステップに新たに 2 つのステップ、ステップ 3 の「私は理解します」とステップ 8 の「私は伝えます」を加え、順番を整えなおし 8 ステップとした。また、ステップ 1 の「私は降参します」を「私は認めます」と変更した。前述したように岩田（1996）は AA を「気づきの」、SA は「希望の」プログラムと指摘しているが、向谷地（2003）は、「私は理解します」を加えたのは浦河の伝統として、それぞれが生きてきた歩みを語ることは大切で、依存症でいう「棚卸し」の視点を統合失調症と言えども、残したいということになったと説明している。準備に平行して、メンバーの有志は AA のミーティングに参

加し、ステップ作成の席には AA メンバーをゲストとして招き意見を求め、「言いつぱなし、聞きつぱなし」の原則と運営にあたってはビジネスミーティング<sup>注3)</sup>の必要性が提案され取り入れられるという経緯があった（向谷地 2003）。このことから、浦河の 8 ステップが、現在の米国の SA と比較し、より AA の精神を取り込んだステップになっていると考えられる。

表 4-4 精神障害体験者のための解決へのステップ （向谷地 2009）

- 
- |     |  |
|-----|--|
| (1) | 私は認めます。<br>私には、仲間や家族さらには専門家の力が必要なことを認めます。私ひとりでは回復できません（ひとりでは生きていくことができないということを認めます。それによって助けを得ることができます。もはや、私は一人ではなく、孤独ではありません）。 |
| (2) | 私は、信じます<br>今や、私は信じるようになりました。自分自身の中に、偉大な内なる力（パワー）が備えられていて、この力（パワー）を用いて、自分自身と仲間を助けようとしていることを・・・                                  |
| (3) | 私は、理解します。<br>私は、様々な不快な症状、時には望まない行為によって、自分自身の感情を表現せざるを得なかった事を理解します。そして、私は、深い自分自身の感情に気づき、仲間と語り合い、分かり合う事の大切さと可能性を信じるようになりました。     |
| (4) | 私は、選びます。<br>私は、回復を望み、幸せになろうとしています。私は、そのような自分の選択に対して、十分な責任を持ちたいと思っています。そして、それがいい生きがいのある毎日を過ごすためにとても大切な選択であることが、心の底からわかっています。    |
| (5) | 私は、許します。<br>私は今までしてきた自分の過ちを許し、弱さを受け入れます。同時に、私は、今までさまざまな方法で傷つけ害してきたあらゆる人々を許します（そして、私自身をそれらとらわれから解放します）。                         |
| (6) | 私は、受け入れます。<br>今や、私は、誤った考えや自分をくじけさせる考えが、私の失敗、恐れ、不幸を起こしてきた事を認め受け入れます。そして、私は、今までの生き方のパターンを根本的に変える準備ができています。これによって、私の人生は変わるでしょう。   |
| (7) | 私は、委ねます。<br>私は、私を超えた偉大な力に自分の人生を委ねる決心をしました。今までの自分をありのまま委ねます。そして、私は、私自身が、深いところで変えられることを願います。                                     |
| (8) | 私は、伝えます。<br>私は、精神障害という有用な体験を通じて学んだ生き方のメッセージを、仲間や家族、そして社会に対して伝えていきます。   |
- 

このステップは「アペンデックス 2 Schizophrenics Anonymous の 6 つのステップと 6 つの原則」を参考に、べてるの家が独自に作成したものです。試行中ですので、途中、予告なく改変されることもあります。

なお、大阪 SA とまほろば SA は、2007 年に浦河 SA を見学した際に使用されていた『USA 精神障害体験者のための回復の 8 ステップ〈浦河版〉2001.8』を採用し、現在（2014 年 3 月）もそれを用いている（資料 2-1）。そのバージョンでは、まず、ステップ 3 とステップ 6 の順番が現在の浦河の 8 ステップとは異なっている。ステップ 3 が「私は、**受け入れます** — 私は、さまざまな不快な症状、時には望まない行為によって、自分自身の感情を表現せざるを得なかったことを**受け入れます**。そして、私は、深い自分自身の感情に気づき、仲間と語り合い、分かり合う事の大切さと可能性を信じるようになりました」、ステップ 6 が「私は、**理解します**—今や、私は、誤った考えや自分をくじけさせる考えが、私の失敗、恐れ、不幸をおこしてきた事を**理解します**。そして、私は、今までの生き方のパターンを根本的に変える準備ができています。これによって、私の人生は変わるでしょう」となっている。また、ステップ 7 が内容は同じであるが「私は、委ねます」が「私は、決心します」と表現されている。

SA を導く原理・原則においては、アメリカのオリジナル版（表 4-3）の 6 項目から 3 項目が削られている。匿名性に関しては、浦河の地域性から匿名性は実質的にありえず削除されたと考えられる。また、3.のグループ全体の決定に関しては、「メンバー自身のグループ意識によって」というオリジナルな部分は「メンバー自身の仲間と場を信じる思いによって」と浦河べてるの家を象徴する表現がとりいれられている。

表 4-5 SA を導く原理と原則

- 
1. S.A.のメンバーであるために求められるものは、ただ一つ「回復したい」という願望を有していることである。
  2. S.A.のメンバーであることによる他の要求は何もない。ただし、グループの運営や特別な企画に関する費用が必要なときには、メンバーで話し合って決めることができる。しかし、これは強制ではない。
  3. グループ全体に影響を与える重要な決定は、メンバー自身の仲間と場を信じる思いによって決められる必要がある。そして、私たちは、私たちを超えた偉大な力によりたのみ、この回復の過程を成し遂げる
- 

＜浦河版＞ 精神障害者体験者のための回復への 8 ステップ 2001.8 資料より

## 2. SA グループのひろがり

浦河から始まった SA は、そこから派生した札幌（2001 年開始）、苫小牧（2005 年開始）と広がり、その後、筆者らが支援した大阪 SA グループが誕生した。そして、大阪から、

奈良（まほろば）の発足へとつながっていった<sup>注5)</sup>。その他の地域でも活動していた、あるいは現在活動中のグループはいくらかあるようだが、その詳細はつかめていない。向谷地（2005）が「アルコールや薬物依存等アディクションを抱えた当事者の SHG 以外の統合失調症などの当事者活動は、一部の社会的・政治的な立場の復権を活動の柱とした SHG 以外はなかなか育ちにくいという課題をどの地域でも抱えており、発足にこぎつけても継続することの難しさが言われている」と指摘するように、SA も本邦での発足から 10 年以上経つが、その展開はいまだ広がりを見せていないといえる。

### Ⅲ 大阪 SA（OSA）の設立と支援

ここでは、大阪 SA（以下、OSA）がどのように創出されるに至ったかについて、筆者ら PSW（筆者と機関の PSW 1 名）の視点と関わり、その展開を中心に説明する。以下の内容は、機関内グループ（以下、機関内 G）の記録、OSA ビジネスミーティングの記録、メンバー2名のインタビューの語りを参考として記述する。

#### 1. OSA の創出と展開の概要

OSA は精神科クリニックの機関内 G から発展した。この機関内 G は「もっと楽しく、もっとたくましく生きる」をモットーとし、統合失調症及び非定型精神病患者を対象に自分の体験について語り仲間と共に回復することを目的に実施されてきた。1993 年に開始され、月 1 回 1 時間～1 時間半のミーティングで、毎回 2、3 名～10 名程度のメンバーが参加していた。ミーティングには PSW 1 名が司会者（1999 年からはオブザーバー役）として参加し、筆者は 1999 年から司会者（間もなくオブザーバー）として関わった。グループの経過やメンバーへの調査から、筆者はメンバー各々のさらなる回復には SHG が必要であるとの考えに至り、2004 年頃からメンバーに SHG の立ち上げを勧めてきた。メンバーは SHG の必要性を感じていなかったが、2007 年夏に筆者と機関の PSW 1 名と共にメンバー2名が北海道の SA に見学参加したことが転機となり、OSA が立ちあがった。

同年 12 月より月 1 回、筆者と機関の PSW 1 名、メンバー数名で OSA の運営を話し合う場としてビジネスミーティングを開始し、SHG の独立性として場所や参加ルール、金銭的なことなどを検討しながら、2008 年 1 月より OSA として月 1 回 1 時間半の当事者のみのクローズドミーティングが開催されるに至った。ミーティングの参加者は 4、5 名～7、

8名であった。2011年10月からは月2回の開催（内1回はオープンミーティング）、そして、2012年末からは、機関の転居にあわせ会場も地域の公共施設に場を移し、さらに2013年8月からは教会へと場を移し、SHGとして活動を続けている。

## 2. 機関内Gの発展からSHGに至るPSWのかかわり

機関内Gの展開とPSWのかかわりを表4-6に示す。

1999年から2002年にかけて、機関内Gの参加メンバーも毎回5名～8名と増加し、司会やテーマ設定を参加メンバーが行うようになった。グループでは自分の体験を話す中で、意見・アドバイスを求め、学び合うようになり、メンバー同士の凝集性は高まり、グループは非常に活気のあるものとなっていった。しかし次第に、本来の目的である「体験を語る」ことから「意見のやり取り」へとグループ自体の方向性がずれていき、メンバー間での「教える」「教わる」という対等でない関係が筆者には見えだした。そこで、筆者は「体験を語る」ために「言い放し・聴き放し」の方法を提案するが、メンバーには「意見を言い合えるのがこのミーティングのよいところ、お互いが思いやりをもった発言をしていく」と却下された。この時点でPSWが介入しグループの方向性を決めることは可能だったが、そうするとグループの主体性を尊重するという方向性と矛盾が起きるため、却下後もその必要性をあくまで伝えることに専念し、グループの動向を見守ることにした。

2002年以降、さらにメンバーが多様になり、ミーティングでの話題の分散化、メンバー同士の葛藤も表面化した。PSWはグループの方向性に行き詰まりと機関内Gでのメンバーの回復の限界を感じ、SHGの必要性を感じるようになった。そこで、医師と共に2003年以降は、都度あるごとに、べてるの家やSHG（主にAA）、また、SAの情報を得てからはそれをメンバーに伝えていた。2005年頃には除々にメンバー自身らもグループの行き詰まりを感じるようになっていたが、SHGの必要性までは感じられておらず、ここでも医師やPSWらは情報を伝えることに専念しグループの主体性を尊重した。

こうした経過を経て、2007年8月にかねてよりSHGの力を感じてもらうには実際に体験してもらうしかないと考えていた筆者は、北海道に見学と調査に行くので一緒に行かないかとメンバーを誘った。時間も費用もかなりの負担になるので断られる覚悟で誘ったが、奇跡的に2名のメンバーが同行できることになり、北海道に約1週間滞在中、べてるの家の見学、そして実際に浦河SAと札幌SAでのミーティングを経験した。

この2名のメンバーの経験が、OSA立ち上げにとって非常に大きなターニングポイント

になった。浦河から帰阪後、SHGの立ち上げについては筆者らPSWからは言うことはせず、メンバーから声があがるのを待つことにした。その時期は意外に早く、翌月にはメンバーよりOSA立ち上げへの協力要請があった。

表 4-6 機関内 G と PSW のかかわり

時期	グループの形態	グループの動き	PSWの視点	PSWの関わり	グループ
1993年～	1時間/月1回 2～3名 PSW司会 医師の補助		自分の体験/思いを語る場	支持的に	
1999年～	1.5時間/月1回 5～8名 メンバー司会 PSW書記	新メンバーの増加 体験/意見のやり取り 活性化	本来の言いつばなし聴きっぱなしではない。 お互いの体験や意見に思いやりをもった発言。 メンバーがお互いに意見・アドバイスを求めあい、 学びあっている。 メンバーの凝集性が高まる。	グループの 流れにまかす。 オブザーバー役	
		病気の体験ではなく 意見が述べられる 傾向が強まる	本人の気づかぬところで意見の押しつけになっ ている。 メンバーの気づかぬところで教える・教わる関係が 形成。 ↓ このままではよくない	「言い放し /聴き放し」 の方法を提案	→メンバーから却下 「意見を言いあえるのが いいところ」 「お互い思いやりをもった 発言をしよう」
2002年～	10名前後 メンバーの多様 性	話題の分散化 メンバー同士の葛藤	やはり「言いつばなし/聴きっぱなし」の方法が 必要では？ グループの行き詰まりを感じる		
2003年～		メンバーもグループ の行詰まりを感じる	メンバーの回復にとってグループは重要 (2003年調査より) さらなる回復のための施設グループの限界を感じる。 ↓ 自助グループに(AAをモデルに)	べての家の紹介(2004) ルールの明確化(2004) 自助グループの情報を 伝える	→自助グループの必要性は 感じられていない
2006年～			スキゾフレニクスアノニマス・浦河SAの存在を知り、SA をモデルにできないか考える	医師よりAAの歴史の レクチャー(2006秋)	→自助グループへの不安も
2007年～			メンバーにSAを体験してもらいたい。 SAはどのように成り立っているのか？(調査)	ダメもとでメンバーを誘 ってみる	→メンバー2名がべての 家を訪問 浦河/札幌SA参加(8月) →他のメンバーに報告 (9月)

### 3. OSA の創出と活動への PSW のかわり

OSA の創出から 2 年間の活動と PSW のかわりを表 4-7 に示す。

メンバーからの協力要請を受け、筆者ら PSW はまずビジネスミーティング（以下、BM）の立ち上げを提案した。AA では専門職が BM に参加することはないが、OSA についてはサポーターとして専門職も参加可能とすることとし、BM をとおして側面的に支援していく方針をとった。2008 年 12 月にプレ BM、2009 年 1 月前半に第 1 回 BM が開かれ、ミーティング運営などについて検討した。この中で、クリニックがミーティング会場と、事務局の住所を貸すことを決めた。この件に関しては、SHG の性質上、特定の医療機関内にミーティング会場や事務局をおくことにためらいはあったが、メンバーには「いずれはクリニックを出ての活動を」と伝え、立ち上げには必要と判断し支援した。次に、北海道へ行かなかったメンバーにも実際のミーティングを体験してもらおうとクリニック内で開催されていた AA のメッセージグループへの参加を提案した。これには 7 名のメンバーが筆者と共に参加した。

そして、2009 年 1 月 25 日に OSA の第 1 回目のミーティングが開かれた。その後も BM は月 1 回開かれたが、筆者ら PSW は基本的にメンバーが話し合いで決めていく運営方針やルールについては意見をせず、メンバーに「体験談を語り聴くこと」と、ミーティングをしていくにあたり SA のステップが重要であることを伝え続けた。

BM を始めた当初、PSW が OSA ミーティングに参加しないことへの不安がメンバー側にあり、その不安を反映するようにミーティングのルールに対して細かい要望が多々あげられた。しかし、実際のミーティングが始まっていくと、「トラブルが起きたときにはみんなで考えよう」という姿勢になり、「だからこそいろんな人に参加してもらいたい。トラブルが起きたらそのときにみんなで考えよう」という意見がメンバーから出るようになった。最終的には「OSA のみんなを信頼している、PSW なしでも問題ない」という意見が出るようになり、筆者ら PSW としてもグループやメンバーに対する信頼が深まった。そして、メンバー側からの提案で、何か議題ができた時には開催するという約束をして定例の BM は第 10 回をもっていったん終了した。

ミーティング開始から 1 年半経過した 2009 年 9 月、メンバーにまだ見ぬ仲間に SA のメッセージを伝えるという経験と、地域の関係者や当事者への SA の理解を促進してほしいという考えから、筆者らオープン・スピーカーズ・ミーティング<sup>注6)</sup>（以下、OSM）の開催を提案した。そして、その提案にメンバーが応える形で再度 BM が開かれ、OSM

実行委員会が立ち上げられた。実行委員会には筆者ら PSW も参加し、メンバーとともに AA の OSM に参加し具体的なイメージを広げた。

2010 年 4 月に「しあわせになろう、みんなと」をテーマとして開催された OSM<sup>注7)</sup> はメンバーの地道な宣伝活動により 70 名の参加者を迎え、盛大に終えることができた。準備や運営は、全てメンバーが取り仕切り、PSW は受付を依頼され担当した。

#### 4. OSA の自立

OSA 開始から 2 年 7 ヶ月後、2010 年 8 月に実施したメンバーへのインタビュー調査で、メンバーより PSW に求められたものは、「必要な時には依頼するので、見守っていてくれるだけでよい」ということであった。また、機関内 G から SHG への創設時期において「SHG の必要性」についてメンバーと PSW には「認識のずれ」があったことも改めて確認できたが、そうした状況の中で、医師や PSW はメンバーの主体性を尊重してきたが、メンバーも主治医や筆者の思いをくみ尊重してくれていたこと（主治医や筆者が考えていることだから、提案するのだからやりましょうという思い）が明らかになった。メンバーと専門職との「SHG の必要性」についてのこの「認識のずれ」は、SHG には専門職主導のグループでは到達できない回復の世界があるということを知っていたかどうかの違いから生じたと考えられる。AA や断酒会といった SHG との関わりにおいて PSW らは専門職としての経験的知識がある分、当初はメンバーより半歩先を見て SHG への支援をしてきたと考えるが、しかし、メンバーはその知識を自分たちの経験という形で消化し、今や、専門職の半歩先を行っていると感じられる状態になっていた。以後、PSW らは、その後の経過を見守るスタンスをとった。

2011 年末からはミーティングが月 2 回の開催となり、内 1 回は当事者以外も参加できるようにとオープン・ミーティングになったことで、筆者ら PSW も数回ミーティングに参加し、実際にその場の雰囲気を確認した。

2012 年にはクリニックの移転に伴い、会場を地域の公共会館に移すことになったが、グループは継続されていった。また、その後も会館の都合で会場の確保が困難になったが、メンバーが近隣の教会に場所をかり、ミーティングを継続し地域の中で自分たちのグループとしての活動を確立していった。



表 4-7 OSA の創出から 2 年間の活動と PSW のかかわり

年月	出来事	内容	具体的には…	ポイント	PSWの考え・かかわり
2007.8	べてるの家訪問 浦河・札幌SA参加	べてるの家訪問 浦河・札幌SA参加 (メンバー2、PSW2)	実際にミーティングに参加し、できる！やろう！	SHGの話だけが出ていたときはメンバーの間に不安があったようだが、実際に参加してみても一気に現実化に向かって進んでいくことに。百聞は一見にしかず。	
2007.1	プレビジネスミーティング	OSA立ち上げについて	第1回ビジネスミーティングにて話し合う内容について検討。	小さな集いメンバーの中で話し合いがあった模様。やると決めてからの動きが非常に速い。	メンバーから声が上がるとのを待つ。声が上がったら協力していくことを伝える。最初のうちはある程度専門職のサポートが必要か？
2008.1	第1回ビジネスミーティング	AAメッセージ参加	AAメッセージ参加実際にミーティングを体験。会場、日時、名前等基本的なミーティング運営についての事柄を決める。専門職との関係性はその都度相談。ロゴマーク、HP、パンフレット作成担当者を決定。ルールの決定。	AAに参加しミーティングの基本である言い放し、聴きっぱなしを体験。ミーティングがどのように進んでいくのか。	札幌SAへ参加していないメンバーにもミーティングの感じをつかんでもらうにはAAミーティングに出てもらうのがいちばん。クリニックで行われているAAメッセージに参加を提案。
	ロゴ、HP、パンフレット作成	各担当者により担当者作成	ロゴ、HPはPCに精通するメンバーが作成。パンフレット作成については初回はPSW協力したが、2刷以降はメンバーのみ。	PCに精通し、職業訓練でデザインを学んでいるメンバーがいたことが大きな力に。	一人ひとりが自分たちのグループだという意識を持てるように。みんな考えて、みんなであつくる。
	第1回ミーティング (以後毎月)	ステップミーティング、テーマトーク			クロズドミーティングのため中には入れず、気になってドアの前をうろつく。
2	第2回ビジネスミーティング		第1回ミーティングの感想と反省。テーマトークにてSA参加の効果について質問が挙がり「自分一人ではない、仲間がいる」「受ける効果だけでなく、与える効果がある」ことを伝えたとの報告。ルールから逸脱してしまいう傾向のあるダイケアメンバーの参加について「排除するのではなく、ルールを守れるようになってもらうためにもぜひ参加して欲しい」との意見。HPの会の趣旨にSAの目的、原理、原則、ステップを載せることに。		
4	第3回ビジネスミーティング		1チェアパーソン、2BMの司会、3会計、4OSAの範囲を越えているテーマをどう扱うか、5ステップの理解について	4について例認知機能の回復をどうするか等→SHGは答えを出す必要はない。話すのはいい。SHGは答えを出すための場ではない。 5についてステップフォーリカバリーを読み合わせることに。まずはBM参加メンバーからステップにそって話す事を身に付けていく	
	第4回ミーティング	ステップフォーリカバリー読み合わせ開始			
5	第4回ビジネスミーティング		ミーティングで気づいたこと：神というのがひっかかって来なくなった人がいる。		
6	第5回ビジネスミーティング		DrよりHPに体験談を載せることを提案。		
	関西アルコール関連問題学会総会にてOSA講演	Dr, PSW講演、メンバー体験談(1名)	Dr, PSWが小さな集いからOSAへをテーマに講演。OSAメンバーが体験談を話す。ハンドブックの販売。	アルコール医療やSHGについて見識のある専門職向けの講演会。ベースとしてAAやステップについての理解がある。	
	OSA講演	Dr, PSW講演	SHGをテーマとした講演会にてDr, PSWが講演。統合失調症圏の他のSHGメンバーの講演有り。	AAやステップについてのベースがない中での講演。ステップについての理解が乏しい。	
7	第6回ビジネスミーティング		会計の取り扱いについて。口座開設。BMをどうするか→今後は必要ときに開催することに。		

10	第7回ビジネスミーティング	OSA口座開設について・心理教育セミナー依頼	口座の開設について。本院より心理教育セミナーの依頼のためPSW3名参加。		
12	心理教育セミナー	PSW講演、メンバー体験談、デモミーティング	PSWが小さな集いからOSAへをテーマに講演後、メンバーよりOSA、ステップについて紹介。その後デモM(4名)。		
2009.9	第8回ビジネスミーティング	OSMについて	PSWよりOSM開催を提案。それを受けてのBM、AAのOSM参加を提案。「たくさんの方当事者に語って欲しい」		OSMの開催を提案。メンバーにメッセージを伝える経験をしてもらいたい。地域の当事者や関係者にSAを理解してもらいたい。
11	AAOSM	PSW、メンバー参加	メンバー、PSWでAAOSM参加。	AAメンバーの体験談に「あんなふうに語れるやろか・・・」	AAのOSMの情報提供。AAのOSMと一緒に参加。
	第9回ビジネスミーティング	OSMについて	テーマ「しあわせになろう、みんなと。」内容について検討。会場、プログラム等。	誰に向けて話すのか→当事者へ向けて(一人でも二人でもいいので)。当事者の人に来てもらいたい。	
12	OSMにけセンHP掲載		こけセン担当者よりサポート機関について問い合わせ。	きちんとサポート機関の取り決めをしていなかったの返答に困る。	
2010.1	第10回ビジネスミーティング	OSMについて	スピーカーを誰にするか。案内配布先。文集を作って配付する。	AAメンバーにスピーカーを依頼。	AAメンバーの紹介。
	プレOSM	体験談リハ	クリニックにて体験談リハ。チラシ配付手配。		
2010.4	OSM	「幸せになろう、みんなと。」	70名の参加。		依頼されて受付担当。

#### Ⅳ 全国 SA グループの実態 ～ヒアリング調査から～

ここでは、現在活動が確かめられる本邦の5つのグループの現状、及び展開プロセスについて聴き取り調査をおこなった結果を報告する。

##### 1. 目的

本調査では、1. 現在活動中の SA グループの実態を把握する 2. それぞれの SA グループが基本的に同じプログラムをもちながらも、地域性や設立に至る経緯、支援背景が異なる中で、どのような展開プロセスを経て現状に至っているのかの2つを明らかにすることを目的とする。

## 2. 方法とデータ分析

調査は2011年5月～2012年4月の間に筆者がSHGとして活動していることを把握していた5つのSAグループ、浦河SA、札幌SA、苫小牧SA、大阪SA、奈良（まほろば）SAを対象として、聴き取り調査と資料収集をおこなった。聴き取り調査においては、グループの立ち上げメンバー、または発足当時及び現在のグループの状況を把握しているメンバー1名～複数に、個人またはグループで話を伺った。それぞれ約30分～2時間程度、これまでの経緯として、開始時の状況、経過においての大きな出来事や変化、現在の状況について自由に語ってもらいながら情報を収集した。了解がえられた場面では録音し、その後逐語録を作成した。奈良（まほろば）SAに関してはグループ設立前の支援プロセスの参与観察<sup>注8)</sup>を行った。また、大阪SAは筆者が設立当時から直接的にグループ支援に関与しており、展開プロセスについての情報は既存の記録データも利用した。

収集したデータは各グループごとに時間軸にそって、グループの開始から現在に至るまでのトピックや変更を項目ごとに整理し（資料2-2）、その上で、グループ間の比較をおこなった。

## 3. 倫理的配慮

対象者に書面と口頭により本研究の目的及び調査内容、データの取り扱い、個人情報の厳守について説明をおこない、同意をえた。また、調査結果については学会や論文で発表することの承諾をえた（資料2-3）。

## 4. 結果

現在の各グループの現状（表4-8）を中心に、その特徴について以下に整理する。

### 1) 現在のグループの形式

ミーティングの開催時間は1回1時間半～2時間であった。北海道の3グループは毎週1回開催、大阪SAは月2回、奈良（まほろば）SAは月1回がベースとなっていた。場所は、教会、病院、福祉サービス施設、公共施設とそれぞれであった。参加メンバーの要件は、疾患にかかわらず精神障害者であること、生きづらさを抱えていれば誰でも可能、統合失調症か非定型精神病を抱えた人で医療機関に受療中の人、とグループによって要件が異なっていた。北海道の3グループがよりゆるやかな要件であった。また、開催形式も北海道の3グループは基本オープン形式であり、大阪SAは両形式、奈良（まほろば）SA

はクローズ形式をとっていた。1回の参加者の数は1, 2名〜6, 7名であった。北海道では冬季に参加者が少なくなるといった季節の影響を受けていた。

## 2) ミーティングスタイル

5グループのうち4グループが浦河 SA で作成された8ステップを用いたミーティングを実施していた。苫小牧 SA は2011年までは8ステップを用いていたが、現在は米国のオリジナルの6ステップを使用していた。ミーティングのテーマについては、浦河 SA では1ステップずつ採り上げ8週で1クールのスタイルだが、他のグループはメンバーが自分の話したいステップを1つ採り上げて語るというスタイルをとっていた。

また、ミーティングの後半は浦河 SA ではサブステップ<sup>注9)</sup>を各自1つ採り上げて語っていたが、他のグループではテーマトークとして、メンバーが話題として話したいことを提案してもらい、1つテーマを決めそれに関して各自が語るというスタイルをとっていた。

ミーティングは全グループが基本的に「言い放し、聴き放し」のスタイルであった。札幌 SA では、テーマトークについては分かち合いでディスカッションも認められていた。

## 3) 運営や広報

苫小牧 SA と大阪 SA は、広報活動を意識しており、ニュースレターやホームページなどを作成し情報発信をおこなっていた。運営に関しては、浦河 SA のみビジネスミーティングを継続していた。札幌 SA はビジネスミーティングを試みたことはあったが人が集まらず、必要に応じて開催、大阪 SA では開始前から半年間、また2周年記念のオープン・スピーカーズ・ミーティング開催にむけて再び数回開催されて以降は、通常のミーティングの一部に運営的な意志決定の時間を設けるという形態がとられていた。

## 4) 支援者と支援

浦河 SA、大阪 SA、奈良（まほろば）SA においては立ち上げ時には、SHG としてのミーティングの在り方や運営、ステップへの理解を促進するような支援が、その地域の医師や PSW の関わりとして認められた。3グループともミーティングが開始されてからは支援者のミーティングそのものへの関与はなく、会場の提供や、依頼されれば必要時に側面的な手伝いをするという関係にとどまっている。一方、札幌 SA や苫小牧 SA はグループ地域に、上記のグループのような支援者の存在がない中での活動が展開されていた。

## 5) 現状の課題

浦河 SA では、継続の困難さが語られ、他のグループとの交流やつながりを増やしていきたいということが語られた。苫小牧 SA でも同様に、メンバーのグループへの定着、継

続の困難さ、周囲からの理解の得にくさなどからグループを維持していくのが大変であることが語られた。札幌 SA では、連絡先をもっていないなど運営形態としての実態がないことがあげられ、AA のようなオフィスができればよいということが話された。大阪 SA はミーティングが継続しているからまずはそれでよしという状況だが、新しい人を迎え入れていこうというところまでメンバー自身の力がついていないことや、初めて来た人をどう迎えるかということ（継続して参加してもらうにはどう対応していけばよいか）が課題であると述べられた。奈良（まほろば）SA は始めたばかりなので、ミーティングの運営のためのチェアパーソン用のマニュアル（ミーティングの進行マニュアル）やハンドブックの作成をしていくことが当面の課題としてあげられた。

表 4-8 各グループの現在の開催状況（2013 年 5 月）

グループ	開始年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加メンバー	形式	スタイル	ビジネスMT
浦河 (USA)	2000年 (H12年) 8月	金 18:30～20:00 日 14:00～15:00 (女性版)	1時間半 1時間	浦河教会 レインボー ハウス3階	5, 6名 チェアマンはある 程度固定化	統合失調症、その 他の疾患を抱える 人も可	オープンと クローズ	前半 1ステップずつ取り 上げ8週で1クール 後半 サブステップを使う 言いつ放し聴きっぱなし	火 18:30～ よかったところ、苦勞 したところ、さらによく したいことを話す 1～2, 3名
札幌	2001年 (H13年 頃)	木 19:00～20:30	1時間半	あさかげ 生活支援 センター	1, 2名～6, 7名。 夏多く、冬少ない。	生きづらさを抱え ている人。診断名 こだわらず、治療 の有無も関係なし	オープン	自己病名 前半8ステップ。ステップ を1つ選んで話す。 休憩 後半、テーマMT、ディス カッション(分ち合い)	必要時に声をかけて 開催
苫小牧	2005年 (H17年) 5月21日	日 14:00～15:30	1時間半	苫小牧市 民活動セ ンター	3, 4名		オープン	6ステップ採用 言いつ放し聴きっぱなし	
大阪 (OSA)	2008年 (H19年) 1月	第2金 18:30～19:45 第4金 18:30～19:45	1時間15分	新阿武山 クリニック	6, 7名 チェアマンは毎回 交替	統合失調症、 非定型精神病を 抱える人	第2 クローズ 第4 オープン 但しオープン 参加には第2 水までにクリ ニックか、やま さんに連絡必 要  アノニマス	自己病名 前半 各々がステップを 選び体験を話す 休憩 後半 テーマトーク 言いつ放し聴きっぱなし	実施していない 意志決定はテーマ トークの時間を利用 (クローズ時が多い)
奈良 (まほろ ば)	2012年 (H24年) 4月	第1火 19:00～21:00	2時間	奈良社会 福祉セン ター	7名 チェアマンは毎回 交替	統合失調症、 非定型精神病	クローズ アノニマス	自己病名 前半 各々がステップを 選び体験を話す 休憩 後半 テーマトーク 言いつ放し聴きっぱなし	現在なし

グループ	ビジネスMT	広報	窓口	集まり・交流	支援者と支援	現状と課題
浦河 (USA)	火 18:30～ よかったところ、 苦労したところ、 さらによくしたい ことを話す 1～2、3名	特になし	特になし セルフサポート センター浦河？	毎年周年パーティ実施 ゲーム、お茶、SAにつ いて語る 過去に通っていた人な ども含め30名ぐらい集 まる	MT会場の提供 周年パーティの会場提供、 手伝い 極力手伝ってもらわない ように (べてるの家)	SHGは貴重。なかなか続けるのが大変 みんなで何とかSAの灯が消えないように持ちこたえて いるという感じ SAを途絶えさせないようにして交流をひろげていきたい つながりを増やしたい
札幌	必要時に声をか けて開催	口コミ	特になし セルフサポート センター札幌？ 取り次ぎ窓口：あ さかげ生活支援 センター)	苫小牧、べてるの周年 MTに参加。 フェローで食事につ いたり、花見などのイ ベントが多い		札幌SA実は実態がない。連絡先もない。 AAのようなオフィスみたいなものがSAでもできたら・・・
苫小牧		家族会のHP、公 共施設などにパ ンフレットやかわ ら版をおく	S氏	1周年ごとの記念オー プンMT開催 6周年から同日に日本 SA総会開催		グループをやっていくのは大変 周囲の理解をえていくこと
大阪 (OSA)	実施していない 意志決定はテー マトークの時間 を利用(クローズ 時が多い)	大阪セルフヘル プ支援センターに 登録 HP 口コミ	やまさん (取り次ぎ窓口： 新阿武山クリ ニック)	苫小牧SAオープンに 参加	必要時に協力依頼 (クリニックPSW, 医師)	ミーティングができてからOK みんな力をつけて、新しい人を迎え入れていこうと目標に まだ届いてない(AAのスポンサーにあたるような)  個々のメンバーの経験(世界)が狭くステップの 理解が浅くなる 新しい人をどう迎えていくか  OSAの良さの感覚を説明する言葉が共有できてない (効果が何かと言われても・・・)
奈良 (まほろば)	現在なし		やまさん (取り次ぎ窓口： サークルN (SHG))		SA(回復のための8ステップ) 学習会開催 (H23年9月10日～H24年1月 10日)までの10回 1回2時間 当事者と支援者対象 (奈良県精神保健福祉 センター主催)	まほろば版チャートパーソン用マニュアル作成 ーチャートパーソンもちまわり まほろば版ハンドブック作成予定

## 5. 考察

本調査からは、現在活動中のそれぞれのグループが、地域や支援の在り方に影響され発展していることがうかがえた。

どのグループにおいても基本は最初に開始された浦河 SA の形式をベースにしているが、メンバーの要件、ミーティングの構成などは、グループメンバーのニーズに合わせそれぞれにアレンジされており、グループの独自性がみられた。例えば、参加メンバーの要件では、浦河 SA や札幌 SA では、よりオープンに多様なメンバーを受け入れる。これは「べてるの家」の文化が土壌にあり、病気や障害の区別なく「その人の生きづらさ」にアプローチする考え方がすでにベースにあり、誰が参加してもグループとしてやっていけるからだと考えられる。一方、大阪 SA や奈良（まほろば）SA はそこまでの土壌はないことを

受け入れる側も認識し、自分たちの病気の共通性から体験を分かちあい、凝集性を高めていくことでグループを維持していけるのではないかと考え、統合失調症圏の者にメンバーを限定している。同様にアノニミティに関しても、浦河 SA や札幌 SA では、自分の病気や弱さをオープンにして暮らしていくという生き方がベースとされており、匿名性にこだわっていないということ（また、現実的に浦河では SA 以外でも活動を共にしているので匿名にする意味がないと参加者は述べていた）、一方、大阪 SA や奈良（まほろば）SA では、匿名性を守るということが、SA というミーティングの場が参加メンバーにとって安全な場であるためには必要であると理解され、匿名性を尊重する方針がとられていた（大阪 SA では後にミーティングが月 2 回に増えてからは、関係者も参加できるように 1 回をオープンにした）。ミーティングの構成としては、浦河 SA では、前半はステップミーティング、後半はサブステップミーティングであるが、札幌 SA や大阪 SA、奈良（まほろば）SA では、後半はテーマトークを取り入れていた。大阪 SA の場合では、メンバーが仕事など現在の生活上の悩みをより具体的に分かち合いたいというニーズを持っていたため上記のような形式がとられた。また、苫小牧 SA では、最初は 8 ステップであったが、ミシガンの世界基準の SA に合わせようとの考えから、現在は 6 ステップをミーティングで用いている。

札幌 SA や苫小牧 SA では、立ち上げにおいて地元地域の支援者の関わりがなかったためにミーティング場の確保や、周囲の理解を得ていく苦労が他のグループ以上に経験されていたが、こうした経緯はグループの形態やリーダーシップの持ち方に影響を与えたと考えられる。札幌 SA においては、その時々グループを必要とし求めているメンバーが、状況にあわせ柔軟に対応し続けてきたといえるが、「札幌 SA に実態がない」との発言のように、連絡先などもないという状況のままグループが維持されてきている。苫小牧 SA では、地域での理解を得難いまま、立ち上げメンバーが強いリーダーシップを発揮することで、グループが継続されている状態である。

それぞれのグループが、既存のグループなどを参考にしながらも自分たちの地域におけるグループの特性やニーズ、そして、支援の状況によって、現在のグループの形態を作りあげてきたといえよう。

現状と課題においては、新たなメンバーの定着、ミーティングの継続の困難さがあげられていたが、活動が数年以上経っている北海道の 3 グループでは、参加者の減少でミーティング継続が危うくなるという経験が少なくとも 1 度以上あったことが聴き取りの中で判

明した。また、その危機的時期を乗り越えられたのは、人数が減少しても毎回地道に参加を継続するメンバー、つまり、まさにその時に SA を必要としていたメンバーの存在があったことが明らかになった。メンバーの定着の問題は、自己変革を目的とした SHG の継続の難しさの顕れといえるが、一方で、「地域で暮らす当事者の生きようとする今を支えるスピリチュアルなニーズと社会的存在としてのニーズを一体として満たす S・A」(向谷地 2003) を必要とする当事者の存在を象徴している現象と考えられる。また、新たなメンバーの定着と継続については、AA や断酒会といった SHG でも、常に課題としてあげられることではある。受け入れる側の姿勢や雰囲気は、メンバーが定着していく大きな要素の 1 つでありグループの課題といえるが、同時に専門職が SHG としての SA を理解し、グループの紹介や定着などの後押しを積極的にしていくことが必要であると考えられる。

さらに、グループの継続と発展を考える中で、グループ間の交流を求める声があがっていた。2011 年からは苫小牧 SA の 6 周年記念オープンミーティングと同時併行で日本 SA 総会が開催され、北海道地区や関西地区からもメンバーの参加が見られ、また、浦河 SA の周年パーティでは北海道のメンバーの交流が行われている。それぞれのグループの活動が安定していく中で、今後さらに他のグループとの交流がゆるやかに進展していく可能性が考えられるが、統合失調症という疾患を考えると、症状とつきあいながら、依存症者のようにある意味エネルギーに行動することができるメンバーがそう多くはいないと推測され、地域を越えてグループがつながっていくことの難しさがあると思われる。しかし、グループ間の交流やつながりが今後の SA の発展には必要であり、そのための方策が今後求められるであろう。

注 1) このパンフレットの発行日は不明だが、Salem (2010) の論文ではパンフレットの作成が SA 開始 3 年後となっており、1987 年に作成された版と推測される。

注 2) 神学者レインホルド・ニーバーが唱えた祈りと言われている。AA をはじめ 12 ステップグループで好まれてよく用いられる。

平安の祈り「神様 私にお与え下さい。変えられないものを受け入れる落ち着きを、変えられるものを変える勇気を、そしてその二つを見分ける賢さを」

注 3) アルコール依存症者の治療へのビタミン B<sub>3</sub>療法や、LSD をアルコール依存症の治療に用いるのに大きな役割を果たしたのが精神科医であるハンフリー・オズモンド



(Dr. Humphry Osmond) とエイブラム・ホッファー (Dr. Abram Hoffer) であり、そうした療法に関心を持ったビルと関係をもつようになった。

- 注4) ビジネスミーティングとはグループの毎月の活動や運営、仲間へのサービスについて話しあうミーティングのこと。
- 注5) 奈良では、OSA のオープン・スピーカーズ・ミーティング開催後に SA ミーティングを始めたグループや、グループの創出を支援する活動に取り組んでいる支援者が存在する。大阪では、2014 年に高槻に新たな SA グループ (TSA) が立ち上がり月 1 回ミーティングを開いている。
- 注6) オープン・スピーカーズ・ミーティングは関心のある人ならだれでも参加できる。半日あるいは 1 日のプログラムで、仲間の話を中心に、関係者の話の時間を含む構成で開催されることが多い。
- 注7) 「幸せになろう みんなと」をテーマに OSA の 2 周年記念として開催した。当日のプログラムは、仲間の話、友人の話 (AA メンバー)、医師の話で構成され、司会や運営を OSA のメンバーで行った。
- 注8) 奈良精神保健福祉センターの主催で、SA への理解を深め、県内でも SA が始まる契機となるよう支援することを目的に「SA (回復への 8 ステップ) 学習会」が開催された。1 回 2 時間の 10 回シリーズ (平成 23 年 9 月～平成 24 年 1 月) で、県内の地域活動支援センターの利用者やスタッフ・関係者が毎回それぞれ 10 名程参加した。毎回 OSA の A 氏がミーティングリーダーとなり、1 つのステップについて学習を進めていった。第 1 回はべてるの家から出版されているビデオ「精神分裂病を生きる 第 10 巻 話すことから始まる回復の道」を鑑賞し、筆者によるミニ講義「SA とは～基礎編～」と A 氏が SA での体験について語り、そして、第 2 回からの学習会の進め方の説明がされた。第 2 回～第 10 回 (第 7 回を除く) までは、ステップ 1 から 8 まで順番にとりあげた。前半はステップについての意見交換、後半はそれぞれのステップについての体験談、そして A 氏から次のステップの説明 (A 氏の理解について述べられた A4、1 枚の資料が配られる) がなされ、参加する当事者は、次回のステップについて資料を参考に体験談を書いて提出する、そして学習会時に発表するという形式がとられた。最後の第 10 回では「SA とは～発展編～」のミニ講義 (筆者) も行われた。第 7 回はべてるの家の向谷地生良氏が講師として招かれ「SA の魅力・可能性は～専門家からの意見～」とオープンな形

での講演会が開催された。筆者は第1回、2回、4回、7回、9回、10回と参加した。

注9) サブステップとは、ステップの理解の一助にと用意された文言（文章）のいくつかである。「Let go… “まかせる” ということ」「私は私」「人生のルール」「私の自叙伝～5つの章～」「ありのまま」「病者の祈り」などがある。

#### 追記

「IV 全国 SA グループ実態 ～ヒアリング調査から～」は、2010 年福井県立大学学長裁量枠研究の交付をうけて実施した。

## 第5章 「スピリチュアルな成長 (spiritual growth)」の場としての SA の検証

本章では、日本で実際に活動している Schizophrenics Anonymous (以下, SA) が「スピリチュアルな成長 (spiritual growth)」を志向するセルフヘルプグループ(以下, SHG)であるのかを検証する目的でおこなった2つの調査について記述する。調査Ⅰは、本邦で始めてできた浦河 SA を対象とし、SA が「スピリチュアルな成長」を志向する場であるかどうかを検証した。調査Ⅱでは、その浦河 SA をモデルとしてつくられた大阪 SA (以下, OSA) を対象とし、浦河 SA と同様に「スピリチュアルな成長」を志向する SHG の場として OSA が成り立っているかを検証した。ここでの「スピリチュアルな成長」とは、ステップをとおし、「無力」や「弱さ」を認め、仲間を含む自己を超えた存在との関係を築き、価値観の転換を伴う自己認識が再構築された生き方の変化と定義する。

### Ⅰ 調査Ⅰ 浦河 SA での調査

#### 1. 目的

SA は、Alcoholics Anonymous (以下, AA) をモデルとした SHG である。AA 同様に、メンバーは「ステップ」に則って、各々の回復 (リカバリー) に取り組むが、その「ステップ」を支える根幹の理念は「スピリチュアルな成長 (spiritual growth)」であると考えられる。しかし、依存症と疾病の本質が全く異なると考えられる統合失調症者を中心とした精神障害を患った人々が、SA に参加し、実際「ステップ」にどのようにコミットし、ミーティングの場で、何をどのように理解し、そして、どのようなリカバリーをはたしているかは明らかではない。つまり、実際に「スピリチュアルな成長」が志向されている場となっているのかが明らかとなっていない。そこで、メンバーが SA をどのように捉え、何を感じているのかを検証することで、SA が「スピリチュアルな成長」を志向している場であることを確かめることを試みた。

#### 2. 対象

今回、調査対象としたのは浦河 SA グループである。浦河 SA を調査対象としたのは①既に開始 8 年目となり、SHG としてある程度の成熟とともに活動の安定性がみられる、②現在我が国で展開している他の SA グループは、この対象グループの運営形式を基本と

して広がっており、コアグループとして位置づけられるという特性から、日本における SA のモデルグループであると判断し選択した。

対象者は、上記グループへの参加経験者とし、該当者を把握している地域の社会福祉法人のスタッフから呼びかけてもらって、協力を得られた 20 代～50 代の男性 2 名、女性 5 名のメンバー、計 7 名（表 5-1）とした。診断名は統合失調症が 5 名、依存症 1 名、境界性人格障害 1 名で、5 名には入院歴があった。最終学歴は大卒が 3 名、高卒が 3 名、訓練校卒 1 名であった。SA への参加年数は 2 ヶ月半～8 年で、年に数回の参加が 1 名、その他（1 年以上参加していない）が 1 名であったが、5 名は現在ほぼ毎週参加しており、参加年数や回数から対象者は SA への一定のコミットのあるメンバーといえる。

表 5-1 対象者のプロフィール

	性別	年齢	病名	初診年齢	参加年数	入院歴	参加頻度
A	女	30 代	統合失調症	20 代前半	8 年	2 回	その他
B	女	20 代	統合失調症	10 代半ば	2 ヶ月半	なし	ほぼ毎週
C	女	50 代	統合失調症	10 代半ば	2 年	6 回	年に数回
D	男	30 代	依存症	20 代半ば	4 年	なし	ほぼ毎週
E	女	20 代	統合失調症	10 代後半	4 年	2 回	ほぼ毎週
F	男	30 代	境界性人格障害	20 代前半	2 年	17 回	ほぼ毎週
G	女	30 代	統合失調症	20 代前半	5 年	9 回	ほぼ毎週

### 3. 倫理的配慮

調査場所として、メンバーが日常的によく利用している施設の一室に集まってもらった。調査依頼書（資料 3-1）と調査手順（資料 3-2）を各自に手渡し、研究目的と趣旨及び手順を説明のうえ、インタビューのための録画録音は研究過程以外で用いないこと、発表においては個人が特定されないように配慮する旨を確認し、調査協力の同意を書面で得た（資料 3-3）。

### 4. 調査方法

調査は 2007 年 8 月末に実施した。インタビューは、対象者の「なまの声」を体系的に整理し、関心テーマの背景にある潜在的・顕在的な情報を把握することを目的とした（安梅 2001:3）フォーカスグループインタビュー（以下、FGI）を用いた。安梅（2003）は、FGI では、単独インタビューでは得られない「積み上げられた情報」「幅広い情報」「ダイナミックな情報」を得ることが可能であるという。調査対象者は、精神障害当事者であり、

面識をもたない筆者との個別インタビューでは緊張感が高いと予想され、普段からグループメンバーとして顔をあわせている複数者でのインタビューの方が、個別インタビューよりも、メンバーが個々の意見をより安心感をもって自由に表現でき、積み上げられた幅広くダイナミックな情報を得られると考えた。観察記録は、2台のビデオカメラ、ICレコーダーで録画録音、観察者1名によっておこなった。インタビュー時間は約1時間30分であった。半構造化インタビューで、以下の4つの質問、「ミーティングに参加して自分が気づいたこと変化したことを教えてください」「『ステップ』について思うことを教えてください」「『higher power』や『私を越えた偉大な力』と呼ばれるものをどのように理解していますか?」「様々な活動やミーティングがある中でSAの存在意義／魅力は何ですか?」について、自由に発言してもらった。

## 5. 分析方法

7名の対象者の約90分の録音した会話を言語データ化するために全て逐語録を作成し、KJ法AB型を用いてそれらの分析を行った(川喜田 1967;1970)。KJ法は、川喜田二郎が独創的発想を促すために開発した研究法であり、ビジネスの場から心理学や看護学、福祉の領域などに応用されている質的データ分析方法である。KJ法を採用したのは、図解化により全体構造がわかりやすく、また、「己を空しくして、データをして語らしめる」(川喜田 1970:94)という精神に基づき、既存のカテゴリーに当てはめるグループ分けになることを避けるためである。手順は以下の通りである。まず、逐語録を発言の文脈に沿った意味をもつ内容で全て断片化しカード化を行った。次に、出来上がった126カードを類似するものを集め、一行見出しをつけ、さらにグループ編成し、表札をつけることを繰り返して、データを統合してA型図解をおこなった。妥当性確保のため、グループ編成から図解化のプロセスには、判断の精度を高めるために経験年数7年、経験年数2年の精神保健福祉士2名の協力のもと筆者を含め3名で行った。それらから得られた図の関係性をもとにB型叙述化を行った。

## 6. 結果

KJ法によるデータ統合プロセスにおけるA型図解の展開で、意味のある11のフィールドが得られた(図5-1)。

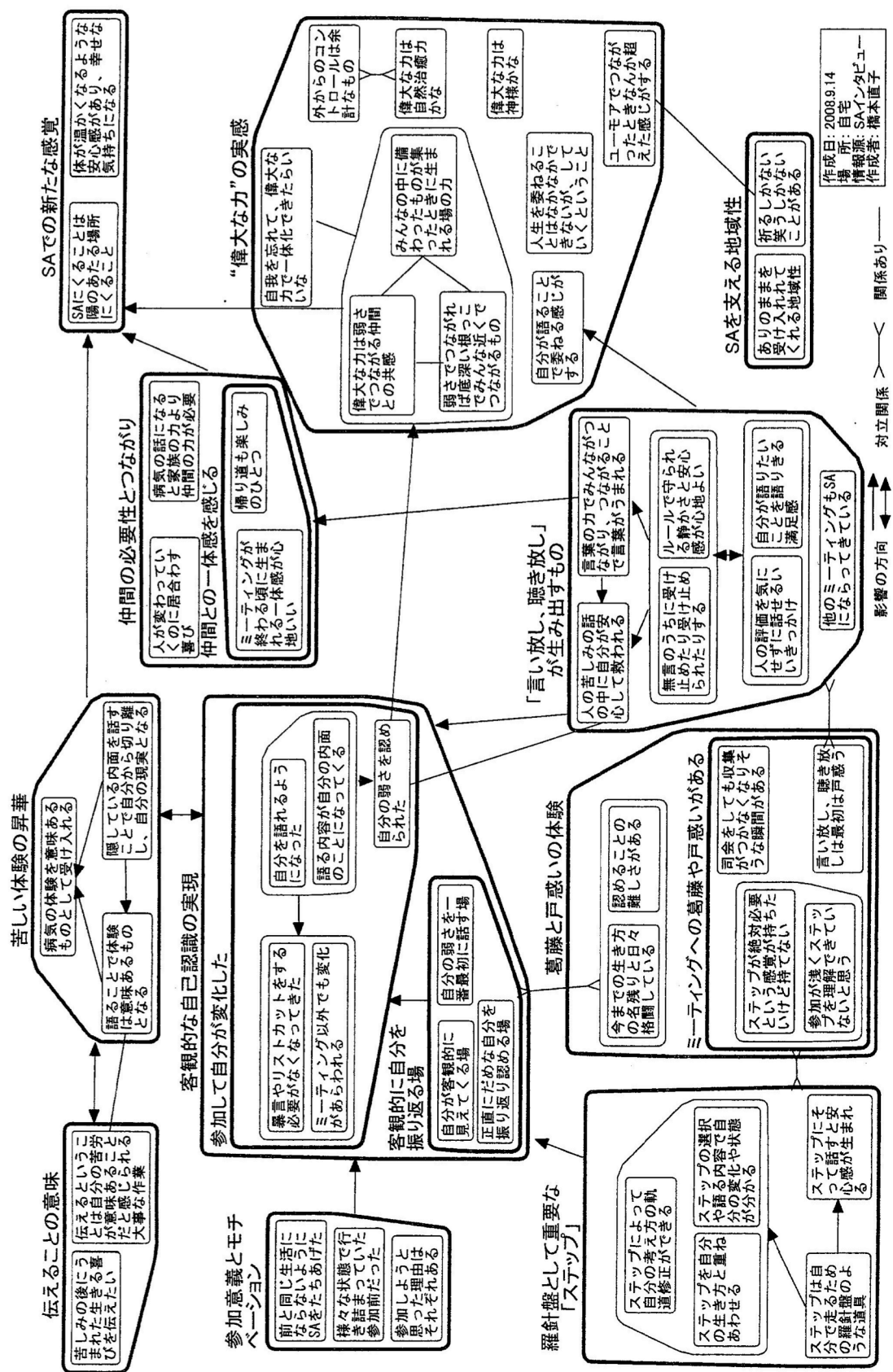


図 5-1 メンバーが捉えるSAミーティングの場

川喜田(1970:78)は、経験的事実により、適切な空間配置がみつけれられるためにも、最終段階のユニットの数（グループ編成によって何段階かに束ねられた紙切れの束）が 10 以内になるまでグループ編成を続行すべきと述べている。それに従い、グループ編成の完了のめどとしたが、11 のユニット数になったときにそれ以上の編成は意味をもたないと判断し、11 のフィールドの抽出をもって A 型図解とした。

以下に各々のフィールドの内容を、実際の発言の提示を含め叙述説明する。【 】はフィールドのまとまりを示す。

### 【参加意義とモチベーション】

全てのメンバーが経験していることは、発病したことによる生きづらさである。現在でも精神疾患に対する社会の差別的な感覚はまだ根強く、病気のことを口にすることは憚られる。また、発病前からの生きづらさを感じているメンバーもいる。ミーティングは、生きづらさのストレスを共有することで解消させるという効果を持つと考えられ、それがさらに参加のモチベーションを高めていると推測される。

実際の関連発言：

- ・「どうしても自分の病気のことを主役にして、あの語る場が地域にほしい」
- ・「発病するまでっていうのは、すごく自分が生きづらくて苦しくてしょうがない生き方をしてた」
- ・「自分のことを語ることで殻に閉じこもっている自分から解放されるのではないか」

### 【客観的な自己認識の実現】

疾患はすべて特有の症状がある。それが原因でさまざまな障害や生活への影響、ひいては人生の在り方が変化する。“病気が原因で起こる問題”と“病気を認めないために起こる問題”は大きく違い、特に後者は自分自身による問題であるにも関わらず自身でそれを悟りフィードバックすることは非常に難しい。しかし、ミーティングはその“認めない（＝弱さ）”を客観的に振り返ることができる場として機能し、それは、自分自身を「語る」という行為や生活場面での行動の変化を促進させることにもなっていると考えられる。

実際の関連発言：

- ・「自分ってダメな人間だって振り返ったりとか、認める作業とかする場所」
- ・「自分が弱いっていうことをやっぱり、明らかにさせてくれた場所だなと思うんですよね」
- ・「人の話に耳を傾けるという訓練ができたりとか、自分の気持ちを語れるようになったりとか」

### 【羅針盤として重要な「ステップ」】

「ステップ」は、それによって、メンバーにとって体験として語るべき内容が想起しやすくなり、ミーティングに適した話が出来るという効果を生み出していると考えられる。また、幻聴などの病的体験に支配された経験に由来する自己否定的な思考や認知の歪みを修正してくれるものとして捉えられている。さらに、「ステップ」の内容と自分の生き方と重ね合わせてみることで、自らの病気を受容しやすくなるような機能も有していると考えられる。

実際の関連発言：

- ・「道路で言えば白線のようなもので、これによって交通整理がされるような気がする」
- ・「普段考えていることって、こういうことだったけど、本当は信じればいいんだとか、受け入れるところからやらなきゃいけないだとかっていう、普段の日々のマイナスのお客さんを訂正、っていうか修正するのにすごく役だって」

### 【「言い放し、聴き放し」が生み出すもの】

「ステップ」と同様に、「言い放し、聴き放し」というルールが存在は不可欠であるということがわかった。このルールによってミーティングは、人の評価を気にせずに正直に話すということ、語りたいことを語りきることを容易にする場となり、その結果自分自身を客観的に見つめることを実現しているといえる。また、自分の話を静かに批判や否定もされずに傾聴してもらえることによって、ありのままで居ることの安心感や心地良さが生まれるというだけにとどまらず、言葉が「言葉」そのものとして大事にされ、メンバーへの共感をうみだし、つながりを実感させるものとなっていた。

実際の関連発言：

- ・「静かに耳をすませて、話したり、話を聞いたり、そこでほんとうになんか受け止めたり、受け止められたりっていうのが無言のうちにおこなわれているんだと思う」
- ・「言葉に癒されて…人間関係のそういうなんか余計なものにつながるのではなくて、その言葉の中にどっぷり浸かれる」

### 【苦しい体験の昇華】

前述のように自分を語っていく作業こそが、客観的に自身を振り返り、変化していくことであるが、それだけではなく、苦しく辛い体験であっても、それが意味のある「経験」へと変化し、価値の転換が起こることを示している。それは、病気の体験を忌み嫌うのではなく、自分にとって意味あるものとして受け入れていくということでもある。ミ



ーティングで自分の体験を「語る」ことでおこるその価値の転換は、精神障害を患って断絶された、あるいは否定された「自己」との関係の再構築であるといえる。

実際の関連発言：

・「病気を体験することによって自分自身が生きているのが楽しいと思える自分が変わっていた、その変化のために、自分の病気は必要だったんだというか、病気になってよかったんだと思えるようになった」

・「引きこもっていた時期とか仕事を転々としていた時期とか、自分にとってはもう人生がどんどん転落していくと思っていた時期が、とてもなんかこういう経験がとても貴重な経験なんだと自分が思うようになってくる」

### 【伝えることの意味】

また一方で、自分の体験を「語る」ことは自分の体験を他者に対して「伝える」という作業であるという意味付けがあることで、さらに他者との関係の中において、自分の体験を、そして自分の存在を意味付けるものとなっている。これは元来の SA にはない調査地独自のステップ 8「私は、伝えます」の存在が大きいと考えられるが、重要なステップとなっている。

実際の関連発言：

・「自分のやってきたことが全て無駄じゃない結果として残すという意味では、伝えていくということが出来るっていうのはすごくありがたい作業だなっていうのを感じていて」

・「生きてるのがうれしいという気持ちを周りの人に理解してほしいっていうふうに思えるようになりました」

### 【“偉大な力”の実感】

人間はそれまでに経験したことがないような危機的状況に直面すると、それまでに獲得したアイデンティティの維持が困難となる。今まで意識下になかった潜在的な思考パターンや価値観などを意識することで“自我の存在”へ問題提起が成される。その状況に至り、“危機的状況という感覚”から解放される自然治癒力のごとく、スピリチュアリティが目覚めると解釈される。今回の調査によって、SA ミーティングにも AA で表現されるハイヤーパワー (higher power) と同じ“力”が存在することがわかった。この“力”の存在をメンバーは具体的に表現することはできないが、それは場の力と認識され、より深いレベルにおける個々人のつながりとして実感されていると思われる発言が多くみられた。また、その“力”に委ねるという態度をメンバーは大事にしている。

実際の関連発言：

- ・「努力した結果生まれるパワーとかではなくて、何となしにみんなの中に集っているその場の力だと思う」
- ・「ホントなんかなくなっていくものだなんて、そういう偉大な力が、みんなにもあるし、私にもあるんだなと感じます」
- ・「自分を忘れて、相手に、こう、心委ねて、耳を澄ませて、こう良い意味での一体化」
- ・「人間はもともと平等で、あの弱さを語れば、みんな弱い動物、弱い生き物だし、あの弱さのところでつながったりしたら、底深い根っこで、みんな近くでつながる」

### 【仲間の必要性和つながり】

全ての危機的状況はその当事者以外には理解できない、表現できない心理が存在する。とくに精神障害は罹患したものでなければ、到底共感しえないことが多く存在する。当事者の言葉を借りれば、“病気の話になると、家族より仲間のほうが通じる”のである。ミーティングへの参加は、この感覚の増幅であり、そのなかで“自分が他者に”，“他者が自分に”必要であると感じられてくるのだと推測される。

実際の関連発言：

- ・「一体感が、一体感がほんとミーティング終わるころには生まれるんですよね、それがすごく心地よい」
- ・「ミーティングをつうじて今までなじめなかった人と仲良くなれたり、帰り道とかもすごく楽しくて、夜空がすごくきれいで、天の川が見れたり」
- ・「ステップとは関係ない話をされる方もいるんですけど、そういう人たちもだんだん表情が明るくなっていくというか、人とのコミュニケーションがうまくなっていくというか、そういうのをみていると、やっぱり SA は効果があるというか、この場所におれてよかったなと思います」

### 【SA での新たな感覚】

病気という破滅的な出来事は、それまで築いてきた様々な価値観や世界観それに基づくアイデンティティを一瞬にして崩壊させ、まさに“自分一人で暗闇にいる”状態に陥らせる。ところが SA に参加し、既体験の意味が変化していくこと、仲間とのつながりや、偉大な力を感じることで、それは、“暗闇”から“陽のあたる場所”に出て、こころの変化や安心感を見出すことになる。これは、スピリチュアリティが目覚めることにより、価値観と世界観が一新されたとも考えられる。

実際の関連発言：

- ・「だんだんなんか、考え方が変わっていくというか、心が変わっていく」
- ・「体から暖かくなるっていう、そんなふうな安心感をその場にいるだけで、とても幸せな気持ちになるって、そういうふうな力を感じます」

### 【葛藤や戸惑いの体験】

SHG の機能が効果的に発揮できるには、ある条件が必要であることがわかった。それは、ある程度の期間と理解力を要することである。メンバーは「ステップ」に対する自らの理解の不十分さや、受け入れることへの葛藤、「言い放し、聴き放し」による他者のリアクションのみにくさからくる不全感などを体験してきていた。また一方で、以前と変わらぬ思考や行動パターンへの気づき、つまり生き方への葛藤というものも存在していた。

実際の関連発言：

- ・「最終的に自分の病気の話でいうと、認めたくないというのが自分の病気だと思うので。どっかでなんか俺はまだ大丈夫と思ってしまう自分とかってすごい、いるんですよね」
- ・「その違和感ね、感じたのね。最初のころだったかな。伝わっているのか伝わっていないのかわかんないという、不全感というかね。それはありましたけど」
- ・「やっぱり常にいいかっこしいなので、できれば言いたくないっていう自分もけっこう自分の中にはいて、日々そういうのと格闘している自分とかがいてる」

### 【SA を支える地域性】

SA 成立の背景には、調査地におけるその人の病気や生きる苦勞を含めたありのままを受け入れるという文化があり、その地域性が SA を支える要素にもなっているとメンバーは捉えている。これはこの地域で SA が開始・継続しているという事実からも推察される。

実際の関連発言：

- ・「浦河にきたら、普通になんか話していても、病気という、でっかいバックボーンがあって、コミュニケーションするにしても、大丈夫、わかってるよって、私もそういう苦しい経験してきたから、同じ苦しみをわかってるやさしさっていうのが、バックボーンにどーんとあって、それを話しているうちにすごく感じて、やさしさっていうか、普通になんか話しても受け入れてくれる、人間の大きさっていうか、話してる時に感じる」
- ・「もうこういうとき祈るしかないという人がいたんですよ。浦河では別に笑うしかないねって表現もありますけど。なんとかしようとか、つじつま合わせようとするよりも、祈りしかなくなってくるという、あの瞬間ってどういうものなのかなって」

## 7. 考察

### 1) スピリチュアルな成長 (spiritual growth) を志向する場

スピリチュアリティを窪寺 (2004) は「人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である」と定義している。浦河 SA では、自分自身の考え方や受け入れ方の方向性を与える【羅針盤としての重要なステップ】や【「言い放し、聴き放し」】から生み出されるミーティングの場の中で、【客観的な自己認識の実現】が達成されていた。この自己認識の実現とは、個々のメンバーの発言にもどると、自己の内面に目を向け、他の場所では、開示することができなかった、あるいは気づくことができなかった、そこにある「自分の弱さ」を語り、受け入れていくことによる意識や行為・行動の変化であった。そして、他方、メンバーは、「場の力」と表現される【“偉大な力”の実感】を SA の場で得て、あるいは、神様や自然治癒力といった自分を越えた存在を信じて、そして委ねていた。つまり、浦河 SA のミーティングは、窪寺 (2004) の示している「自分の内面の究極的なもの」と「自分の外の超越的なもの」という 2 つの方向性を内包する場であることが呈示されていた。また、説明を変えれば、そこは梶尾 (2010:165) がスピリチュアルケアと AA の共通点として指摘したように「自己の精神的心理的な弱さを他者に開示、露呈する点や、他者が弱さを露呈する自己に寄り添う、そして互いに寄り合うことによって共同性が開かれ」そして「心のレベルから魂のレベルへの意味の実存的獲得と意識的進化が観察される」場であることが示されているともいえよう。12 ステップから 8 ステップにアレンジされているが、AA 同様に「8 ステップ」と「言い放し、聴き放し」というミーティングの構造をとおり、浦河 SA は「スピリチュアリティ」の覚醒を促し、「スピリチュアルな成長」を志向する場となっていると考えられた。

### 2) スピリチュアルな成長 (spiritual growth)

Wilding (2005) らは作業療法の立場から精神障害者への質的調査を行っているが、その調査によると、精神障害は人生において破滅的なイベントであり、それに対する反応や回避行動として、対象者は少なくとも 1 度は自殺を考えていた。自殺が念慮で終わる場合や企図にとどまり完遂されなかったとき、必ず自身の今後について「人生の意味は何であるのか？」と自問自答し苦悩するという。しかしながら、この苦悩が生じることを契機としてスピリチュアリティが働き、結果「死 (希死念慮)」が回避されると報告している。

また、Wilding らは、当事者が「死」を「意識する」ことによって、人がスピリチュアルな存在（spiritual being）として「生きる」ことを意識し、自我と他者そして世界とのつながりを実感することで、病を持っていても「確かに豊かな人生」を送ることができることを示唆している。

SA のミーティングでは「生」と「死」といった極端な問題だけでなく、社会生活において、当事者が抱える具体的な問題や人生における課題などに関する共通の発言が絶えず存在する。それは、疾病によって生じた症状や障害からもたらされた、あるいはそれ以前の生き方の個々の生きづらさの根底にある「生きることへの絶望」へとつながっている（あるいはつながる）問題だといえる。だからこそ、ミーティングという場は、自身の人間としての弱さや絶望感を客観的に認知させることで、絶えずスピリチュアリティの覚醒を促進させる場になりえ、人がスピリチュアルな存在（spiritual being）として「生きる」ことが意識されるのであろう。本調査では、そのミーティングの場でステップにそって自らが語るという行為をとおして、【客観的な自己認識の実現】から、【苦しい体験の昇華】がなされ、自らの体験に【伝えることの意味】を感じられることが示された。そして、そこには【仲間の必要性和つながり】【“偉大な力”の実感】と他者あるいは自分を超えたものとの深いところでのつながり、そして【SA での新たな感覚】と、これまでとは違った存在の場があることが示されていた。つまり、「ステップをとおし、『無力』や『弱さ』を認め、仲間を含む自己を超えた存在との関係を築き、価値観の転換を伴う自己認識が再構築された生き方の変化」が生じていたといえる。浦河 SA の場で生じた、自らの苦しい過去の体験が、他者をとおして自分にとって意味ある体験に変化していく価値転換は、仲間や“偉大な力”とのつながりの中で「生きることへの絶望」が「意味ある存在」として確立されていくプロセスであるといえ、それが浦河 SA の参加者の「スピリチュアルな成長」であり、回復（リカバリー）であると考えられた。

### 3) 地域性と SA

【SA を支える地域】にあるように浦河 SA は、「べてるの家」がそのバックボーンにはあり、「ありのままを受け入れてくれる」「祈るしかない笑うしかないことがある」という地域の中に存在している SA である。支援者は浦河が地域の中には死があり、自分たちが死ぬことを皆が知っているそういうコミュニティであり、それは最も大事なことだと思っていると述べている<sup>注1)</sup>。「死」を含め語ることや、「弱さ」をありのままに認めることから生まれ出てくるものを日々の生活に感じられる土壌がある稀有な地域であったから

こそ、SA という自助グループに目が向けられ創り出され、継続されてきたとも考えられる。だからこそ、本調査の結果のように、浦河 SA は「スピリチュアルな成長」を志向する場となっており、メンバー個々の「スピリチュアルな成長」が体现されていた可能性もある。浦河 SA は、本邦における SA のコアモデルといえるが、逆に言えば、この地域から全く離れた、あるいは「べてるの家」とのつながりのない当事者たちが、創り出す SA が「スピリチュアルな志向」を備えた SHG として成り立っていくのかという疑問は残される。

#### 4) 本研究の限界

本研究は浦河 SA という少人数を対象とした 1 グループでの結果であること、3 で指摘したように地域の特性による影響も大きく、他のグループに普遍化することはできないと考えられる。

## II 調査 II 大阪 SA での調査

### 1. 研究の背景

大阪 SA (以下、OSA) は医療機関の院内プログラムの 1 つとして行われているミーティング (以下、機関内 G) に参加していたメンバーが立ち上げた SHG である。調査 I では浦河 SA を対象として調査を実施し、浦河 SA が「スピリチュアリティ」の覚醒を促し「スピリチュアルな成長」を志向する場であることを明らかにした。しかし、調査 I で考察したように浦河 SA は、多様に語れる場と「弱さを受け入れ語る」ことが根づいている「ナラティブ・コミュニティ」といえる「べてるの家」(野口 2002:178) をベースに SA が存在しており、そのようなベースを持たずに立ち上がった SA が、「スピリチュアリティ」の覚醒を促し「スピリチュアルな成長」を志向する場となるのかは定かではない。そこで、本調査 2 では、「べてるの家」の文化的土壌・人的つながりのない場で、浦河 SA をモデルとして、ミーティングを開始した OSA が「スピリチュアルな成長」を志向する SHG として成り立っているのかを検証することとした。

実践において、OSA の立ち上げ時に筆者の抱えていた懸念は以下の 3 点であった。①機関内 G で「自分のことを話す」経験はしてはいるものの、弱さを語る文化がない中で、SA の「言い放し、聴き放し」のルールのもと自分自身の体験 (弱さ無力を含む) をひたすら語り聴くというミーティングにメンバーが参加の意味を見いだせるのか、②さらに症状が

落ち着いた先にはっきりと見えてくる「本質的な生きづらさ」といった実存的な課題に向き合う場を求めているメンバーがどれだけ存在するのか、③SA グループの基本といえるステップをメンバーがどのように理解し、回復（リカバリー）していくのか。①と②においては、端的に言うと、メンバーの参加モチベーションが高まらずグループ自体が必要とされず消滅する可能性がある、と考えていた。③については、グループとしてステップをしっかりと内在化していくことが、「スピリチュアルな成長」を志向する SHG である SA の回復には重要に思われたが、それが一番困難な点ではないかと思えた。既に日本でも 40 年の歴史がある AA ではステップで回復している＜先ゆく仲間＞が多数存在しており、ミーティングでそうした仲間に出会い、体験を聴き、自らが語り、AA の書籍を読むことで、字面では漠然としか捉えようのないステップの理解も、また SHG についての理解も自ずと深まり回復が進んでいく。しかし、OSA においては＜先ゆく仲間＞が身近に存在しない。特にグループが初期の段階において、ステップにそった回復のイメージ、つまり「スピリチュアルな成長」が内包される回復の物語を身近な体験として聴くことなしに、回復の指針としてステップの理解を深めていくことは、大きな課題になると考えられたのである。

開始から丸 2 年が経過した 2010 年 3 月に、OSA は消滅することなく初めてのオープン・スピーカズ・ミーティングを開催するに至り、筆者には SHG 継続の安定性がみえたように感じられた。そして、メンバー自身も、一定のグループでの経験をもって、その体験と理解を語るができるようになっていたと思われる。そこで、この時期に、調査Ⅱとして本調査を実施することにした。また、ミシガンの SA グループでは開始 3 年以内にグループが閉じられた割合が高い（平均 34 ヶ月）という報告もあり(Salem 2011)、今後の支援を考えていく上でもメンバーの経験を支援者として筆者らがこの時に学ぶ必要があると考えていた。

## 2. 調査の目的と方法

### 1) 目的と視点

本研究は、浦河 SA と地域性や成り立ちの経過が異なる OSA が「スピリチュアルな成長」を志向する場となっているのかどうかを検証することを目的とする。OSA に参加しているメンバーの多くは、A 医療機関の機関内 G やデイケアに参加しているメンバーである。そこで、本調査ではそれぞれのメンバーの機関内 G やデイケアとの参加経験の比較から、OSA の場がどのように認識されコミットされてきたのかを分析し、機関内 G とは異なる

SHG としての OSA の機能を明らかにすることで、そこでの「スピリチュアルな成長」の志向性を検証しようと試みた。

## 2) 対象

①A 医療機関での治療と機関内 G もしくはデイケアに参加経験がある、②調査時点で OSA に参加しており、病状や体調から調査依頼が可能と考えられる、ことを満たす 5 名を対象とした。1 名からは協力したいが諸々の事情から承諾できない旨の回答があり、調査対象は 4 名となった。対象者の属性は男性 3 名、女性 1 名で、年齢は 30 歳～50 歳であった。診断名は 3 名が統合失調症、1 名が非定型精神病で、10 年～30 年以上の精神科治療歴があり、2 名には入院歴があった。2 名は機関内 G への参加が 17 年と 11 年、1 名が機関内 G とデイケアの両方に 8 年、1 名はデイケアに 3 年の参加経験があった。

## 3) 倫理的配慮

調査対象者には調査目的と趣旨を文面と口頭で説明し、IC レコーダの録音の許可をえた（資料 3-4 i, ii）。調査結果は本人が特定されない形式で発表すること、協力への拒否、あるいは途中で中断しても対象者の不利益になることは一切ないことを伝え、承諾頂き書面で同意をえた（資料 3-5）。

## 4) 調査方法と分析方法

本調査では、目的と方法で述べたように専門職が運営する機関内 G と SHG である SA の機能は異なるのか、またそれはどのような点であるかを比較するという観点からも、調査 I とは異なる方法と分析を用いた。方法においては、個別インタビューを用い、また、質問もそれに合わせた内容とした。対象者は調査者と長年の援助関係があり、個別インタビューでも対象者は緊張することなくより率直に自分の考えを表現でき、調査者も個々人の考えをより深く探索できると考え採用した。2010 年 5 月及び 11 月に筆者と機関の PSW の 2 名で、通院中のクリニックの面接室において個別インタビュー調査を 1 名につき約 1 時間～1 時間半実施した。インタビューは半構造化面接を用い、①機関内 G（または作業所やデイケア）と OSA との違い、② SA に参加して変化はあったか、③あなたにとって OSA とは、④あなたにとってステップとは、⑤どのように病気と付き合ってきたか、について語ってもらった。②、③、④は調査 I での質問「ミーティングに参加して自分が気づいたこと変化したことを教えて下さい」、「様々な活動やミーティングがある中で SA の存在意義／魅力は何か?」、「『ステップ』について思うことを教えてください」と内容的には同一の質問である。データは IC レコーダに録音し、全て逐語録に起こした。録音時間



は、57 分、81 分、62 分、55 分の計 255 分であった。

分析は、ここでは、調査 I の KJ 法のようにメンバーが共有する場の特徴とその関連を掴むという全体を把握するという方法ではなく、各々のメンバーが 1 人 1 人のユニークな存在として SHG にコミットしているという視点から、対象者の発言を比較検討し、ミーティングの場で、何をどのように理解しているかを探索する方法をとった。そこで、まず、逐語録から各自の語りを意味のあるまとまりごとに内容にそって抽出した。次に、抽出した内容をさらにメンバー間で集約していき、カテゴリーに分類した。次にカテゴリーの各メンバーの内容の要点を表に整理した上で（表 5-2）、それぞれのメンバーの発言内容にもどり比較検討しながら、カテゴリーごとに結果をまとめた。また、内容を解釈する上で必要な本人の基本情報や治療・生活経過についてはカルテを元にデータを収集し、さらに分析精度を高めるためインタビューに同席した機関の PSW と共に内容の妥当性を確認した。

表 5-2 参加メンバーの発言内容の要約

カテゴリー		メンバー	A	B	C	D
OSAへの参加姿勢	開始にむけての姿勢		SAの必要性を感じ、メンバーに設立を提案する	必要性は感じないが仲間のために協力	できてよければ参加しよう	(設立後、PSWが参加を勧める)
	現在までの参加姿勢			会計のため休むわけいかず毎回参加	寂しいし、他のメンバーに会いたいのでほとんど参加	2, 3回でて宗教性を感じ中断。しばらくして、勉強になるし、病気を治したいと再び参加。
ミーティングの場の違い	機関内グループ		親睦会・お客さん感覚問題が起こっても、みんなの責任無責任	ディベート・仕事の話中心	座談会・近況報告	最大公約数で皆に話しを合わせる場
	OSA		相手の立場や主張を尊重できる。 自分の問題として捉える。	病気の悩みを話せる	芯にせまった話ができる。 言いたいことが言える。	最小公倍数で話す場 地のところをさらけだせる 病気に関して深く話せる
ステップについての理解	ステップとは		自分を深めさせる指針。 人が豊かに生きるための原理がかかっている。	病気の核心にせまっている。自分の体験を掘り起こしてくれるもの。		ステップについては考えていない。これからやってみようと思う。
	ステップと自分		ステップ1によりやすさがあった。 ステップが自分を謙虚にしてくれた。	自分が経験したことが全部ここに書かれてある	ステップ1でとまっていた、なかなか前に進めない。 ステップのイメージが薄い。	ステップ1が気になる。認めるということが大事と思う。 まだ自分のものになっていない。違和感がある。
偉大な力についての理解			一人一人の力があり、自分にも人にも作用するときには素晴らしい力を発揮するということ。 自分を超越する力が自分の中にある。		自分自身の中にあるものという感じ、潜在的なもの	神様の力か、自分の本来の力か
認識の変化			「みんな一緒」ではなく、さらにみながすごいと見上げる感じになった。 自分が一番正直でないことに気づく。 前向きに考えようと思える。可能性があると思える。	仲間との関わりあいでの謙虚になれる。	障害がある、できないことがあると認めた	病人だな、いろいろやっただで結論は病気だなと思った。 内面はボロボロだったが、内面が整いつつある。
自分にとってのOSAの場			自己表現の場。私を助けてくれる場。仲間として愛おしい。	発展途上の自分を成長させてくれる大事な仲間がいる場。	必要な居場所	経験を共有できる場、学べる場。 仲間がいる、お互い助け合う、困ったら助け合う場。
OSAの2年の歩み			よい感じで進んでいる。	衝突もあったが、まだ2年。壁にぶつかりながら、だんだん、よい方向にむかうと思っている。	これから徐々にステップアップ。まだ2, 3年だから。	協調性もっているからいける。しばらく大丈夫。
今後のOSAの課題			皆自分がひたむきに生きられる、それが確認できる場であつたらいい。 回数の増加。 団体としての未熟さ。		会場の自立。 新メンバーの参加。	回数の増加。 新メンバーの定着。 A氏の負担。 次のリーダーの育成。

### 3. 結果

以下、カテゴリーにそってメンバーの発言内容から OSA の場がどのように認識され、コミットされてきたのかを説明する。本人の言葉は「 」で表す。

#### 開始にむけての姿勢

A 氏と B 氏は浦河 SA と札幌 SA に参加した。A 氏は SA に参加しているメンバーの発

言を直に聞き、人生や病気に対する認識の深さが全く違うと痛感し、衝撃をうけた。そして、SAの必要性を感じ、SAを始めようと決意し、大阪に戻るとすぐに機関内Gのメンバーに北海道の体験を報告し、SAを作ろうと呼びかけた。一方、B氏は機関内Gで十分でないかという思いがあり、正直やる気はなかった。しかし、A氏のやる気や他のメンバーが立ち上げに尽力する姿をみて「仲間なのでこれは協力しなくてはいけない」と感じ、設立に向けて動き出した。C氏は大学で学んだSHGの知識とこれまでに他の12ステップグループに参加した経験があり、SHGが自分の言いたいことを言える安心感がある場であることを理解していたが、SAがどのような形になるかがはっきりとしないうちは「もしよかったらいいかな」と思ってた」と様子見の姿勢であった。D氏は機関内Gには出ておらずミーティングが開始されてからPSWの勧めで参加を始めた。

SAの開始に向けての姿勢は4名とも全く違っていった。また、他にも機関内Gやデイケアメンバー数名が開始にむけて関わっていたが、A氏の思いを中心に他のメンバーが協力するという形で始まっていた。

#### 現在までの参加の姿勢

A氏、B氏、C氏は開始当時からほぼ毎回参加している。B氏は会計なので責任感から参加している面があり、面倒くさがりやなのでいやいや行っているというところもあると話すが、仲間に出会える、そして元気をもらって帰るので「行って無駄なことはない」と言い切る。C氏は約3ヶ月の入院中の時期を除き、他のメンバーに「会いたいし、時間が余るし、寂しいから、一人だとしんどいことを考えてしまう」ので参加していると述べる。D氏は最初2、3回参加したが、SAの文言や“平安の祈り”にある「宗教くささ」に抵抗を感じてしばらく参加をやめていた。その後、メンバーやPSWから宗教は関係ないとの説明を受け納得ができると、「一人ではどうにもならないし、勉強になるし、助かるし、仲間も増えるし」と「いいことずくめだから」と再び参加し、以後参加を続けていた。しかし、状態が悪い時は顔だけだして帰るということが何度かあったと述べる。開始姿勢と同様に4名の参加継続の姿勢や理由も様々であった。

#### ミーティングの場の違い

A氏、B氏、C氏にとっては、機関内Gは座談会・親睦会的なものであったと認識されていた。皆の話を聞ける場所であったが、近況報告や仕事の話が中心となり、もう少し病気の悩みを話したいと思ってもそれ以上話が深まらないという現状が感じられていた。一方、SAは病気に関しての深い話や芯にせまったところも話ができる、こころをさらけ出

して自分が言いたいことを言える場だと捉えられていた。D 氏も作業所やデイケアは、親しくしていても外見的につくろっているところがあり、SA のほうが地のところをさらけ出しており、病気としての話が深く話せる、自分の内面的なことが話せると述べた。D 氏は機関内 G への参加経験はないが、デイケアを「最大公約数で皆に話しを合わせる場」と表現し、それと比較し、SA を「最小公倍数で話をする場」と表現している。これは、デイケアは各々の話しの中に共有される地点をみつけ皆に合わせていこうとする場であり、SA は各々の話はどこかの地点で皆に共有されたらよいとする場であるということを説明しており、自分のことを話していく深さが違うと述べる。

また、A 氏は人の話をじっくり聞くことで、相手の立場や主張が尊重できる場であると言う。さらに A 氏は、機関内 G はお客さん感覚で、問題が起こっても「みんなの責任無責任」であったが、SA では自分の問題として捉えられると述べる。SA では問題の発生の仕方が違っており、自分の問題として受け止めなくてはいけないので、「それぞれが自分のことにちゃんと責任持っています」という姿勢の根本的な違いがあるように感じるのだという。また、A 氏、B 氏、C 氏ともに機関内 G を否定しているわけではなく、専門家がいる安心感あるいは専門的意見が聞けるといった機関内 G の良さも理解し、機関内 G と SHG の両方があってよいと考えていた。

### ステップについての理解

A 氏と B 氏はステップはよくできていると評価する。A 氏はステップは自分の内面に目を向けさせるものであり（向き合う観点を示してくれている）、ステップの前では正直になれる、それは自分の現状を映し出す鏡のようでもあると語る。ただそれは「一人で紙をみてステップと向き合ったって、なんて（自分は）不正直だろうってせめぎあうことはないです、絶対に」と述べ、SA という場に居て仲間がいて全部一体となっている話だと強調している。B 氏は参加してステップに触れるごとに、「私が経験したことが全部ここに書かれてある」と感じるようになったと語り、ステップは自分の体験を掘り起こしてくれるものと捉えている。また、一方で、理解の難しさも感じている。C 氏、D 氏はステップそのものについてまだはっきりとした考えは述べられていない。C 氏は EA（Emotions Anonymous）<sup>注1）</sup>への参加経験があり、EA に比べるとステップのイメージが浮かびにくいと言う。その理由は SA に比べると EA のステップの方が文面が短く頭に入ってきてやすかったということや、自分自身がステップ 1 で止まっているから、なかなか先に進めずにいるからだと説明をした。D 氏は理解はこれからだと話し、今は無理矢理こじつけて話し

をしておりステップがまだ自分のものになっていない、違和感があると述べている。今はまだ、ステップ1が一番気になり、「病識というか、OSAの一員というか、精神障害者だということを認識するのが一番大事かなと思います」と述べ、初歩的な段階でまだ奥には入っていないと考えている。

ステップへの理解の深まりは個人差があるが、SAの開始以前に体験談を書く、手記を書くという作業でAAでの棚卸し的なことを全部やってしまったというB氏以外の3名は、自分がステップ1の“私は認めます。一私には、仲間や家族さらには専門家の力が必要なことを認めます。私一人では、回復できません”という段階に現在はいるという認識で共通していた。

### 偉大な力についての理解

A氏は「偉大な力は神様と思っていたが、そうではなく一人一人に力があり、自分にも人にも作用するときにすばらしい力を発揮しますよということで、別に神様をもちださなくてもやっていけると思うようになった」と述べ、自分を超える力が自分の中にはあると想定しないと未来が開けてこないと説明する。そして、自分たちが自ら求めてミーティングをおこなうから偉大な力が感じられる場になっており、他のメンバーも皆、仲間を助ける偉大な力が働いているのだと実感していると述べる。C氏は「外にあるものかもしれないが」と前置きし、やはり、自分自身の中にあるもの、潜在的なものと捉えていた。D氏は神様の力か、自分の本来の力かどちらかだと思うと述べた。

A氏、C氏、D氏ともに「偉大な力＝神」とは捉えてはおらず、自分自身の中にある「自分を超える力」として認識している傾向があった。

### 認識の変化

#### ① A氏について

＜人として傲慢でなかったか＞

機関内Gでの体験をとおして、A氏は他のメンバーは、「みんな一緒の仲間」とであるという認識をもっていた。それでも機関内Gの時、A氏自身は他のメンバーと比較してまだどこかに「自分はいける」と優位に感じていたと言い、SAに参加し、「一緒っていうよりも、さらに、僕はなっちゃいけないと思った。…見上げる感じ。みんなすげえなあ」と、人に対する見方が変わったと述べた。「…話せてないんです。なんかもっともらしいことを毎回言って逃れていますが、ほんとに自分の核心的な問題とか、心にひっかかっている問題とか話せなくて。みんなだんだんうまく話せていけるようになるし」と、徐々に自分

が一番正直でないことを自覚する一方で、初めは一言、二言だったメンバーが、少しずつ長く語れるようになってきた成長に比べて、自分は成長していないと感じたことが認識を変えたと話す。また、A氏は機関内Gでは「解決策を聞いて、励ましてもらって、慰めを聞いて安心して、それで自分の人生が好転する特効薬のように思っていて、それが役に立つと考えていたが、それでは根本的には問題が解決していかないということをSAを始めてみてわかった」と語っている。A氏は他のメンバーを励まし、アドバイスするという役割ができる自分を優位に感じ「いけてる」と感じていたのだが、「それぞれが自分の人生を生きていくというか問題解決してやっていく力があるんだなあ」ということに気づき、自分が傲慢ではなかったのかとの思いに至っている。

＜過去にこだわっている自分を明確に自覚する＞

A氏の核心的な問題とは、症状に振り回されていた頃のことを率直に言えないことである。A氏は「どこまでが本当で、どこからが妄想だったのか、全部妄想だったのか、それを考えだすと、人ってなんだとか、あの時のあのやりとりはなんだったのかとなる」と述べ、自分を責めなくてもよい、受け入れなさいということが果たしてできているのかどうかということを含め、自分が乗り越えるべき問題を自覚するに至っている。

＜前向きに考える＞

A氏は「無い物ねだりをしてもしょうがないので、あるかないかではなくて、現にあるものをまだよくしていける余地が残っている、可能性があるって思えたことは大きいかなあ」とメンバーに助けられて一番変わったことが前向きに考えようとする志向だと述べている。

## ② B氏について

＜偏見に対する自覚＞

B氏は、OSAに参加してそれぞれ障害をもっているメンバーの健康な部分があるということがわかり、自分のもっている偏見がもう一つとれたと話す。「以前の自分は精神障害者でも働いていないと駄目みたいところがあったが、規則正しい生活ができているとか、今日は何時に起きてとか、今日はどこそこに出かけられているとか、そういうことでも、もう十分自立しているんじゃないかと思えるようになった」と変化を述べる。その一方、まだ自分の中で精神障害者に対する偏見が捨てきれていないと言い、それが自分の課題であるという。

＜謙虚になれる＞

B氏は10年以上ノートに自分の様子を記録につけており、読み返すと、自分が性格的に自信家で、妄想も思い上がりの妄想が多いと述べる。だから、仲間と接することが必要で、自分一人では、よい方向へ進んでは行けないということを痛感し、謙虚にもなれるという。

### ③ C氏について

＜どうしようもないことを認めるに至った＞

C氏はステップの1と関連し、障害があるということで、できないことがあるということ、障害を負う前と負ってからでは違うのだということ、年齢的なものかもしれないが、どうしようもないことを認めるに至ったと述べる。そして、続けて“平安の祈り”が気にいっているという発言する。これは、今の自分の現状を受け入れていこうとする姿勢を意味していると思われる。

### ④ D氏について

＜自分は病気だと認める＞

D氏はOSAに参加し、落ち着いてきたと述べる。自分が「病人だな。ああ病気だな」と認識したと述べる。「それまでも過渡期で、ああしたらどうだろう、こうしたらどうだろうとやってきて、結論は病気だと自分で認めた」、「普通に生活していたが、内面はボロボロであった自分が、最近の内面も整いつつある」と話す。一方でミーティングへの参加は、（自分ではなく）幻聴が病気を明らかにするのが嫌でばらされたら行き場がないと抵抗していると説明し、実際、ミーティングで発言ができないことや、考えがまとまらず、最初に顔だけだして帰ることもあったと説明する。

A氏、B氏は数年の機関内Gの中で自分の病気を受け入れるという段階を経てきていたが、さらに他者との関係で自分を深くみつめる謙虚さがうかがわれる。C氏、D氏は病気や障害をもっている自分に向き合う姿勢があらわれてきたといえる。

### 自分にとってのOSAの場

A氏はOSAを自己表現の場であり、私を助けてくれる場、よく生きるために必要な力を得る大切な場であると感じている。B氏にとっては発展途上である自分が成長していける場であり、それを可能にしてくれる大事な仲間がいる場であると説明する。C氏は居場所として自分には必要であると言う。D氏にとっては経験を共有でき、学べる場、自分がどうしていいかわかるし、自分を客観的にみられる場であり、そして、仲間がお互い助け合う場、困ったら助け合う場と感じられている。

A 氏, B 氏, C 氏, D 氏それぞれにとって意味ある場所として位置づけられている。

#### OSA の 2 年の歩み

A 氏は、自主的に集まっており、全体としては非常によい感じで進んでいると捉えている。みんな自分がひたむきに生きられる、そのことを 1 ヶ月に 1 回集まることで確認できる場になっていると思うので、よい感じなのだという。B 氏は、この 2 年でも色々な衝突もあったが、まだ 2 年、皆が思ったことを言い合いながら良い方向に向かっていくだろうと捉える。C 氏はこれから徐々にステップアップしていくとみている。北海道のグループや AA の歴史と比べると、2, 3 年ではまだまだという思いである。D 氏はメンバーの協調性をもって、しばらくは大丈夫であると述べる。

B 氏の発言から推測できるようにこの 2 年の間にメンバー間の衝突もあったようである。しかし、メンバー全員が良い方向に向かっており、まだ 2 年しか経っておらずグループとしての成長はこれからであるという共通認識をもっている。

#### 今後の OSA の課題

A 氏は運営を自主的にこなう点では団体としてはまだ未熟であると感じている。そして、今後 SA を普及させていくことを課題に捉えている。ミーティングは月 1 回では少ないと考えている。C 氏は会場をクリニックから別の場所に移したほうがよいと述べ、グループが仲良しグループになってしまっていないか懸念している。D 氏は毎週のミーティング開催を望み、新しい仲間を定着させるよい方法はないかを考えている。また、自分たちが A 氏におんぶにだっこ状態ではないかと次のリーダー育成の必要性を語り（自分はリーダーの能力はないと判断している）、D 氏なりにグループの将来を考えていた。

今後の OSA について各々が自分たちのこととして明確に SA という SHG のあり方について考えている姿勢がみられた。

### 4. 考察

#### 1) グループの構造の違いとセルフヘルプの確立

OSA は 1 人の機関内 G のメンバーに動かされ、それまでの仲間としてのつながりから他のメンバーが協力する形で出発したが、＜自分にとっての OSA の場＞＜現在の OSA の 2 年の歩み＞＜今後の OSA の課題＞での発言からは 1 人 1 人がメンバーの一員としての自覚、「われわれ」のグループという意識を明確にもつようになったといえる。それぞれが主体的にミーティングや運営に参加し、グループのよりよいあり方を求めている。こうし



た姿勢は当事者の主体性を尊重していたとはいえ、最終的なグループ運営の責任は PSW や機関側が担うという構造である機関内 G では決して出てこないといえよう。また一方で、A 氏が指摘したように機関内 G では問題が起こっても「みんなの責任無責任」であったことが、SA では各々が自分の問題として受け止められ、それぞれの立場で責任をもった個人として存在していることが示されているといえる。つまり、セルフヘルプの意味である独立と依存の両面を含む「個人による自助、独立」と「仲間同士の共同による自助」である(久保 1998 : 3)ということが今回の調査から提示されたといえる。個人の独立が促される要因としては、「言い放し、聴き放し」の形式と「ステップ」の重視を徹底したことが関連していると考えられる。A 氏は SA では「言い放し、聴き放し」の形式で発言機会が均等に与えられ、発言者としての発言への責任が均等になり、「ステップ」の存在が自分の内面に目を向け、自分で自分の問題をみつけるようにと向かわせるので、メンバー間の上下や優劣の関係ではなく自己認識の深化がメンバーの各々の関心の中心になったと説明している。体験をとおしての A 氏の洞察は、筆者が機関内 G に感じていた限界（グループのもつ構造としての個々人の成長や変化の限界）をどう超えたのかの答えを示してくれたものと考えられる。

## 2) ステップや偉大な力への理解

ステップは「指針」や「自分の体験を掘り起こしてくれるもの」といったことが述べられており、浦河 SA の調査（以下、調査 I）と同様な理解が示されていた。また、各々のメンバーがステップを理解していこうとする姿勢が現れていた。しかし、理解していくことの困難さ、ステップを深めていくことに時間がかかることも再度確認されたといえる。

一方、偉大な力については「自分自身の中にある自分を超える力」という捉え方がなされており、調査 I で抽出された「場の力」「外にある大きな力」といった捉え方とは違っていた。この違いが、グループの発展的段階での認識にあるのか、地域の文化的土壌が異なるなかでのグループの成り立ちに影響を受けるものなのか現時点では分からない。ただ、ミーティングという場でステップの文面と自らの体験とを重ね合わせて自分たちなりに理解をしていこうとしている現段階においての捉え方である。ステップ 2 には「私は、信じます」で「今や、私は信じるようになりました。自分自身の中に偉大な内なる力が備えられていて、この力を用いて自分自身と仲間を助けようとしていることを」という副文が含まれており、そこから、病ゆえに自分自身への信頼を失い自己否定感をもつメンバーたちが、自分の中にある潜在的な力をまずは「自分を超える力」と信じ、ステップに取り組も

うとしている姿として捉えることができるのではないかと考えられる。アルコール依存症とは異なり<sup>注2)</sup>、統合失調症という病においては、「弱さ」「無力さ」を受け入れると同時に「偉大な内なる力」をまず感じる事が重要な意味を持つのかもしれない。しかし、一方、ステップ7「私は決心します」では「私は、私を超えた偉大な力に自分の人生を委ねる決心をしました・・・」と続くように、AA 同様のいわゆる「ハイヤーパワー」の概念が示されている。今ようやくステップ1の段階と認識しているメンバー及びグループ全体の今後の体験と成熟によって、自分の「内」ではない「外」の偉大な力（ハイヤーパワー）が要請されるのではないかと推測する。

### 3) ミーティングの場での認識の変化

メンバーが機関内 G と異なり、病気の深い話、こころをさらけ出して話しができるようになったことから自己認識に変化が生じていると考えられる。C 氏、D 氏は診断された自分の状態を理解し、定期的な通院、服薬の継続、そして地域の福祉サービスを利用しながら暮らしており、一般的には病識があるといえる状態であった。しかし、「病気をもっている自分自身を受け入れていたか」という点は、SA の場において彼ら自身が今向き合っていることと見受けられる。他方、A 氏、B 氏に関しては、仲間であるメンバーに対する眼差しの変化、それは他者に対する寛容さといえるものであるが、人としての学びを深める謙虚な姿勢がうかがえる。数年の機関内 G の体験を通じて、病気をもちながら自分らしく仲間とともに生きるという姿勢はすでに顕れていた A 氏と B 氏であったが、さらに自己や他者への理解を深めているといえる。専門家が存在せず、各々のメンバーが自身の立場で語り、一方で、じっくりと相手をそのまま受け入れ聴くことが徹底される場である SA のミーティングにおいて機関内 G では語りえなかった語りが紡ぎだされ、各々の認識に変化が生じていると推察される。

### 4) スピリチュアルな成長 (spiritual growth) を志向する場

1) で論考したように、OSA は機関内 G のメンバーが立ち上げたグループであったが、SHG として成立しているといえる。そこには、ステップを用いた「言い放し、聴き放し」の場で、自らの責任において体験を語り聴くという、機関内 G とは異なる構造のもとで、参加メンバーが自らの内面を掘り下げながら、お互いを尊重し主体性を高めていく機能が生み出されていた。そして、その結果、3) で論じたように各々のメンバーに機関内 G では発現することがなかったであろう認識の変化を引き出したことが示されたと考える。これは3名のメンバーが自分はまだステップ1の段階と表現しているように、自分の「弱さ」

をいったん受け入れたことからでてきた変化であったといえる。本質的な人としての「弱さ」までは語られてはいないが、そこに向かうステップ1の重要性をメンバー自身が理解しはじめているところだと考えられる。さらに、調査Iで語られたように自らの苦しい体験が「意味ある体験」として語られるには至っていないが、OSAの場で、彼らが自分のありのままを、自分の体験を、語り続けることをグループとして積み重ねていく先には、意味ある存在としての自分を見出す可能性があるといえよう。また、2)での述べたようにOSAのメンバーの“偉大な力”への理解は、現時点では、調査Iの結果とは異なっていたが、“自分を超越る力”を感じるあるいは理解しようとする場となっていることを確認することができた。そして、＜ミーティングでの場の違い（OSA）＞＜ステップについての理解＞＜認識の変化＞＜自分にとってのOSAの場＞でのOSAメンバーの発言は、調査Iでの浦河のメンバーの発言と重なる部分も多く、地域性、設立背景が異なっているにもかかわらず、SAというSHGグループへの認識やコミットの仕方は、共通していることが確認された。

以上から、OSAは、浦河SAと同様に「スピリチュアルの成長」の志向性をもった場であり、「スピリチュアルな成長」の可能性が開かれていると考えられた。

#### 5) 実践でのSAの位置付けと支援

機関内Gでも仲間と共に語ることでメンバーそれぞれが変化していくことを筆者は感じてきたが、いつ、どこで、どのように病気を自分の生活、さらには人生において意味づけるのか、それは人によって多様であり、援助者が押しつけるものでも教えるものでもない。しかし、自らを語る多様な場があることで様々な可能性が当事者に開かれるはずである。SAというSHGはそうした場の1つであると考えられる。ただし、現実としては、SAのような「自己変革機能」をもつSHGへの関心の低さが指摘されており（向谷地2005）、ソーシャルワーカーや援助者は、SAの「自己変革機能」への可能性とその重要性をスピリチュアルな観点からも理解することが必要であると考えられる。

#### 6) 本研究の限界

本研究の限界の1点目は、調査Iと同様に1グループに限られたメンバーの経験であり、また異なる地域や設立経過のSAでは同様の結果がえられるとは限らないということである。2点目はOSAが設立2年のグループであり、グループとして成熟していない状態でのグループの経験とメンバーの経験からの考察であるということである。

注1) 2007年8月の浦河SAへの調査時(調査I)に、同時に立ち上げ支援者であるソーシャルワーカーにSAの設立経緯やミーティングへの理解、回復のビジョン等についてインタビュー調査を実施した。その中で語られた内容。

注2) EA (Emotions Anonymous) とはエモーションズ・アノニマスである。12ステップグループであり、感情・情緒的な問題から回復を共に目指すグループである。1971年にミネソタ州セント・ポールで開始され、2007年現在アメリカを含む35カ国に1000を超えるグループがある。

Emotions Anonymous(of Japan) <http://emotionsanonymous-jp.org> 2015.10.9

EAのステップは、AAのステップ1「アルコールに対して無力であり」の部分が「感情・情緒に対して無力であり」に変更されている以外はAAのステップと文言は同じである。

注3) 橋本は12ステップの1から3ステップは徹底して万能感の陶酔を基盤として人生を歩んできたアルコール依存症の歪んだ信念を消去する段階であると説明し、自分より大きな力であるハイヤーパワーに信じて委ねることの重要性を指摘する。

橋本美枝子(1998)『『AAにおけるハイヤーパワー』概念の意義』『セルフヘルプグループの理論と展開』中央法規、155-171.

## 追記

調査Iは、2007年度関西学院大学COE個人研究費の助成をうけて実施した。

また、橋本直子(2010)「リカバリーにおけるSAの役割-スピリチュアリティの視点から-」『精神保健福祉』41(1)、51-57.を大幅に加筆・修正したものである。

調査IIは、2010年 福井県立大学学長裁量枠研究の交付をうけて実施した。

また、橋本直子(2013)「統合失調症のセルフヘルプグループの展開とメンバーの認識変化 機関内グループとSA (Schizophrenics Anonymous) の経験から」『精神保健福祉』44(1)、55-62.を大幅に加筆・修正したものである。

## 第6章 リカバリーにおける「スピリチュアルな成長」プロセスの記述

### I 目的

本研究の目的は、セルフヘルプグループ（以下、SHG）である Schizophrenics Anonymous（以下、SA）を立ち上げ、そして参加継続した一人の統合失調症者である A 氏がどのように自らの病気と向き合い変化したかに焦点をおき、その本人独自の「スピリチュアルな成長（spiritual growth）」プロセスを記述し検討することである。本研究では「リカバリー」を「病気や障害からの影響を超えて、その人にとって意味ある生活や人生を送るようになること」と定義する。

### II 研究の枠組み

本研究は事例研究である。Stake（=2006:103）は、事例研究は方法論的志向性が多様であることを強調して、個性探求的な事例研究、手段的な事例研究、集合的な事例研究と呼ぶ 3 タイプに分類している。個性探求的とは、「始終一貫してある特殊な事例をより深く理解したいと思って 1 つの事例に着手した場合」であり、手段的とは「主としてある問題に関する洞察を示すために、あるいは一般化を導くために、特殊な事例が研究されるとき」で、「この場合、事例そのものは二次的な関心であり、それは補足的役割を果たしたり、何か別のものについての理解を促進したりする」と説明され、しかし、「研究者は、特殊性と一般性をめぐって、同時に関心を持っているので、この 2 つを厳密に区別することは難しく、いくつかの研究目的をどのような形で結びつけるかが、それらの境界を決めるだろう」と述べる。3 つめの集合的事例研究とは、複数事例に拡大された手段的研究であり、「研究者が、ある特殊な事例について、その個性を探究するといった関心はほとんどなく、現象や母集団や一般的状況を研究するために多くの事例を研究すること」をいう（Stake=2006:104）。

個性探求的な事例研究は「その事例が、他の諸事例を代表しているとか、それが特徴的な兆候や問題を示しているからではなく、事例そのもの、その固有性と状態において関心をもたれているがゆえに、研究が着手される」（Stake=2006:103）というように、本研究は、援助対象者として数年かかわりをもっていた A 氏の経験と認識の変化の物語に関心を寄せ

たということから「個性探求的な事例」を志向したといえる。そこにある筆者の最大の関心は、A 氏固有のスピリチュアルな変化のプロセスを捉えるということであり、SA という SHG に参加し変化していく A 氏をより深く理解したいということである。しかし、また同時に「スピリチュアルな成長とは」あるいは「スピリチュアリティとは何か」という筆者の関心の追求があり、「手段的な事例」としての側面も含む研究として報告する。

本研究では A 氏個人のナラティブを重視した。人は自ら体験する中で自分の物語を書きかえていく。ここでは、SHG という前提として語りの変化を促す場に参加し続ける A 氏が、SHG の場や生活上の経験の中で、その時々によどのような認識や態度をもっていたかを、経年的語りから確認し、A 氏の辿った「スピリチュアルな成長」のプロセスを明らかにしようとした。「語る」という行為には、その時に、何を語るか、また、語らないのか、そのこと自体にも意味がある。また、「語り」の繰り返し、新たな体験の積み重なり、そして時間の経過の中で、さらには、聞き手との関係性の中で、語りは変化し、新たに語りえることも生まれる。取り上げるナラティブは、そうした観点から筆者が言葉に含まれる意味や、深さの異なりに注目したものである。

### Ⅲ 研究方法

#### 1. 方法

対象者の置かれた状況や支援とその時々での認識の変化を確認するために、本研究では、4 回の調査インタビューの語りと、A 氏の手記 3 本、そして、筆者宛に送られてきた手紙 2 通を中心に分析をおこなった。概要を表 6-1 に示す。1 回目のインタビュー調査は、2003 年 4 月、A 氏が機関内グループ（以下、機関内 G）に参加し 5 年経過した時点「機関内グループでの回復時期」、2 回目は 2010 年 5 月、A 氏が大阪 SA を立ち上げて 2 年経過しグループが安定期に入った時期で、A 氏が「SHG で自らの理解を深めていくことを経た時期」、3 回目は 2012 年 3 月、A 氏の生活環境、SA メンバーとしての新たな展開を経た時期で、A 氏が「SHG の学習会講師の経験を経た時期」、最後は、2013 年 4 月大阪 SA へ不参加となってからの時期で、A 氏が「就職で生活が一変し、SHG の参加に変化があった時期」に実施した。2 回目以降のインタビュー時期は、筆者が臨床上のかかわりで、A 氏の状況や SA グループの展開プロセスを把握しており、A 氏の思いや考えを聴き取っておく時期と判断して決めた。

表 6-1 インタビュー調査・手記・手紙の時期と概要

データ	実施日など	手記：タイトル 調査：調査時の焦点 手紙：タイトル	データ原本	機関内・SA グループ 参加状況
手記 1	1999 年 3 月	「私が病気であることを 受容するまで」	クリニック 10 周年記念 誌投稿文	(通院 1 年 4 ヶ月)
手記 2	2002 年 12 月	「ダメージを受けたのは脳だけ というんじゃ 心が可哀想です ＜小さな集いが必要な訳＞」	「小さな集い」文集 (機関内グループ参加者 数名の紹介文が掲載)	機関内グループ 4 年 9 ヶ月
調査 1	2003 年 3 月	「初診前後から病名告知を受け、 現在に至るまでの体験が どのようなものであったか」	個別インタビュー調査 102 分	機関内グループ 5 年
手記 3	2003 年 6 月	「小さな集いに参加して」	クリニック 15 周年 記 念誌 (15 周年記念集会で の体験発表内容)	同上
調査 2	2010 年 5 月	「病気をどう受け入れているか」 (小さな集いと大阪 SA の違い と認識の変化)	個別インタビュー調査 (81 分)	大阪 SA 2 年 5 ヶ月
調査 3	2012 年 3 月	「病気をどう受け入れているか」 (2010 年 5 月以降からの体験)	個別インタビュー調査 (95 分)	大阪 SA 4 年 3 ヶ月
調査 4	2013 年 4 月	「病気をどう受け入れているか」 (2012 年 4 月以降からの体験)	個別インタビュー調査 (291 分)	大阪 SA 最終 4 ヶ月後 まほろば SA 1 年
手紙 1	2014 年 1 月	「信仰をもってわかったこと」 「病気の友人を切り捨てて しまったこと」	調査者宛の手紙	まほろば SA 1 年 9 ヶ月
手紙 2	2014 年 2 月	「体験談を話せるようになった ことについて」	調査者宛の手紙	同上

インタビューは、全回を通して、「病気をどう受け入れたか」という一貫したテーマを投げかけながら、各回までの経験や考えに焦点をあてた半構造化面接を実施した。内容については、1 回目はテープレコーダ、以降は IC レコーダに録音し（102 分、95 分、80 分、291 分：計 466 分）、全て逐語録におこした。

また、インタビューの場所は、全回 A 氏が通院中のクリニックの 1 室で行い、1 回目は筆者と大学教員の 2 名、2～4 回目は筆者とクリニックの PSW の 2 名で聴き取りを実施した。手記は、A 氏がクリニックに通院して 16 ヶ月後（1999 年 3 月）、約 5 年後（2003 年

6月)にクリニックの記念誌に掲載したもの、機関内 G の紹介のための文集に書き綴ったものである(2002年12月)。手紙は、調査の資料にと4回目のインタビューを終えた9ヶ月後の2014年1月(2通)、2月(1通)で、A氏が「信仰をもつ生活を経た時期」に現在の思いとして書き綴り送ってきてくれたものである。また、A氏を取り巻く環境、生活状況、診療状況、支援内容などは、診療カルテ、機関内 G 記録、SA ビジネスミーティング記録、奈良での SA 学習会のフィールドノートで情報収集した。

## 2. 対象者

本研究では、統合失調症者である A 氏(男性)を対象とした。調査対象時(2003~2014年)の A 氏は38歳~49歳である。A 氏を対象としたのは、①自らの体験を言語化でき、また、内省する力をもっていること(A 氏の特性として、論理的思考と言語的説明能力が高いことがあげられる)②大阪 SA の中心的人物であったこと、③統合失調症(診断当時は精神分裂病)と診断され、絶望し死を意識した経験があること、④筆者が A 氏の初診当時から PSW として関わり続けており、時系的に治療経過も含め全体像としての A 氏の変化を把握していることによる。

本研究においては、特に①の理由から A 氏を対象としている。筆者は2003年に実施したインタビューや機関内 G の様子から A 氏の論理的思考と言語的能力の高さを確認しており、A 氏自らの体験と思考によって筆者よりも適切にスピリチュアリティについて言語化してもらえるのではないかと、SA の場を経験することができれば、その場を理解し、「語り聴く」ことをとおし A 氏自身にもスピリチュアルな成長の変化が起こるのではないかと期待した。A 氏は統合失調症の疾患群からみれば社会的機能が低い予後も良好な特異例として捉えられるかもしれないが、スピリチュアルな側面は、本来人間誰しもにある、その人の健康的な部分であるとの観点からすれば、疾患や障害などによる差異や特性はないと考えられる。つまり、統合失調症においてもそのタイプや症状、社会的機能の程度は多様であってもスピリチュアリティとは普遍なものであると捉えたときに、ナラティブに着目する本研究では、抽象的な事象において表現力をもっていた A 氏を対象とすることで、その詳細を記述できるのではないかと考えた。Stake (2006:115) は、研究者は、何らかの典型性をもつ事例を選択しつつ、事例からの学習可能性、つまり、学ぶ機会を提供するように思える事例を選ぶとし、自分の場合なら最も多くのことを学べそうな(個別的な事例と現象の両方について最大限に学ぶ)事例から研究することを選ぶ(多くのことを学べる



ということは、最も接近可能性が高い事例、最も時間をかけて研究できる事例を取りあげるということを意味している) という。そして、学習可能性は、事例の代表性とは異なる特徴であり、時に前者が後者より優位な基準になるともいう。本研究においては、それが A 氏であったといえる。

なお、A 氏の主治医による医学的診断は、ICD-10 の F20.0 の Paranoid schizophrenia<sup>注1)</sup> である。

以下に、A 氏の全体像として生活歴と治療歴の概略について説明をする(表 6-2 参照)。

### A 氏の生活歴

A 氏は、東京出身で、兄と両親の 4 人暮らし家庭で育った。父親は非常に学歴を重んじる人で、A 氏はその重圧に耐えられず、高校 1 年の終わりから卒業まで不登校になった。しかし、その状況からも親の考えに従って一流大学を目指し、5 年間の浪人生活を続け、25 歳で公立大学に進学し単身での生活を始めた。親の期待に応えられず「人間のクズ」という父の口癖に自分の存在価値を感じとれずにいた上、周りは 10 代の学生ばかりという現実、「周囲から変な目で見られているのではないか」という軽度の妄想性障害を発症したこと、さらに、大学 2 回生になると家族内で問題が起こりその対応に心身ともに向けられことから、結局入学してから数回しか講義に出ることが出来ず単位を取得できないまま 4 年が過ぎ中退した。

その後、家庭の事情から 2 年間東京で単身生活(脱力状態での生活であった)を続けた後、30 歳の時に奈良に転居した両親のもとで暮らすようになった。同居 4 ヶ月後に妄想による近隣への問題行動をおこし、地元の精神科診療所に両親に強制的に連れて行かれた。初診時に服薬するよう指示されたが、服薬せずに 2 回目の受診をした時に、医師から強い口調で「あなたは病気だから薬をのみなさい」と言われ、それを A 氏は「私が病気と言ったのだから服薬しろ、診察に來い、おまえはきちがいだ」と言われたように受けとり、通院を中断した。近隣への問題行動から A 氏は実家を出て単身生活をせざるをえなくなった。絶望した A 氏は「神の名においてあたたかく迎えてくれるだろう」という思いから、近隣の 3 カ所の教会に救いを求めた。1 カ所へは手紙を書いたが返信はなく、他所では教会を訪問したが教会への出入りを断られ、結果、どの教会からも拒まれた。

1 年後、実家が転居し再び両親との同居になったが、ほぼ引きこもり状態が 2 年ほど続き、自らも症状の悪化を感じたことと兄からの説得もあり、33 歳の時に A クリニックを受診した。

A氏は、受診3ヶ月後からコンビニエンスストアでの週3回の店員アルバイトを開始した。同僚から嫌がらせをうけているといった被害妄想をもっていたため3回程中断をしながらであったが、そこでのアルバイトを5年ほど続けた。一方で、父親の意向で簿記の資格取得を目指し勉強を続けるが、検定の不合格が続き就職活動もうまくいかず、税理関係の仕事に就くことを諦めた。その後、主治医から進められた福祉関係の仕事として作業療法士を目指し、A専門学校の入学試験に2度失敗した後、39歳でB専門学校に合格し入学した。専門学校では実習が順調に進まず留年、休学を経て6年がかりで卒業し、47歳の時に3度目の作業療法士国家試験で合格を果たした。その直後、父の末期がんが判明し母親と二人で介護にあたり、半年後に父を看取った。現在（2014年春）は、整形外科医院に作業療法士として3年間勤め、また、父の他界1年後に、父の供養をしたいとの思いからお寺に通うようになり、信仰をもつ生活を送っている。

#### Aクリニックでの治療歴とSHGの活動

Aクリニックへの受診は、父の知人の紹介からであった。初診時には両親が同伴し、A氏と共に医師から病気と治療法の説明がなされた。2ヶ月後には機関内Gの紹介がされ、2度参加するがその時はコミットできず、1年後に再度主治医から参加を勧められて定期的に参加するようになる。初診から2年半後、症状も消失したことで、通院を中断するが、軽い再発を経験し、再度自ら受診し、以降現在まで通院継続中である。機関内Gへの参加7年を過ぎた頃、A氏が中心となり医師やPSWから提案されていたSHGを中心となって創設（大阪SA）し、以後はSAメンバーとして主体的に活動している。

表 6-2 A 氏のライフイベントと治療・SHG の活動

年月	教育歴	就労歴	家族と生活形態	治療歴	SHG の活動
1980.4	高校入学 (不登校)				
1983.3	高校卒業				
1988.4 1992.3	大学入学 中退		単身生活・家族の問題発生		
1992.4			単身生活		
1994.4	簿記専門学校 週 2 回		実家生活		
1994.8 .9			単身生活	精神科診療所初診 (2 回で中断)	
1995.夏			実家生活		
1997.11				A クリニック初診	
1998.2		コンビニ週 3 日 アルバイト	父定年退職	機関内 G に初参加 (2 回のみ中断)	
1999.3	通信教育で 簿記学習	↓			
.4		↓		機関内 G に継続参加	
2000.5	週 2 日税理関係の学校	↓		(治療中断)	
.9		↓		(再初診) 機関内 G に継続参加	
2001.3		コンビニ週 4 日 アルバイト			
2003.4	専門学校入学				
2005.4	(留年)				
2007.4	(休学)	介護助手の アルバイト			
.8		↓			べてるの家・浦河/札幌 SA 訪問
2008.1 .4	(復学)	↓			大阪 SA 開始・参加
2009.3	専門学校卒業				
2010.4					大阪 SA の OSM を開催
2011.3	作業療法士 国家試験合格		父の末期がん 判明		
.5					苫小牧 OSM に参加
.9			父の他界		
.10		整形外科医院 に常勤で就職			
2012.4		↓			まほろば SA を開始
.5		↓			苫小牧 OSM に参加
2012.9		↓	父の供養に寺 に通いだす	↓	↓
.11		↓			(大阪 SA の最終参加)
2014.2		↓			↓

OSM オープン・スピーカーズ・ミーティングの略

### 3. 倫理的配慮

インタビュー調査のたびに、調査目的を口頭及び書面で説明し、調査における同意を書面で得た（資料 3-4 i, 資料 4-1~4）。最終インタビュー時には、これまでの A 氏のインタビュー、診療記録などのデータなどを含め事例研究としてまとめ、論文として発表することを説明し、承諾をえている。また、分析内容を確認時に、信憑性、妥当性に問題がないかをチェックしてもらい、最終的にまとめた文章についても倫理上問題はないか確認をしてもらう手続きを踏んだ。

### 4. 分析の枠組み

本論は、A 氏が SHG の場への参加をとおり、どのように変化したのかに焦点をあて、「スピリチュアルな成長」プロセスを明らかにしようと試みた。SHG の場につながる以前から、A 氏自身はリカバリープロセスのある地点に存在していた。そこで、①SHG 参加以前の A 氏（1997～2007 年）の経過、②SHG 参加後の A 氏（2008～2014 年）の経過に区切り、①では、初診から機関内 G に参加した A 氏の変化と、筆者の PSW としての視点を中心に記述し、SHG 参加以前の A 氏のリカバリー地点を示した。その上で、②SHG を立ち上げ、参加を重ねた A 氏がどのように変化していったのかスピリチュアリティの視点から分析することで、A 氏の「スピリチュアルな成長」プロセスについて明らかにする、という方法をとった。

①SHG 参加以前の A 氏（1997～2007 年）については、A 氏の手記、診療カルテ、機関 G 記録、そして、2003 年時のインタビュー記録のデータを基に 10 年間の経過を記述する形式をとった（2010 年、2013 年のインタビューで明らかになった当時の思いも一部引用）。②SHG 参加後の内容の分析は、スピリチュアリティに関する文献レビューから、スピリチュアリティが、「意味」と「関係性」、「内的（垂直軸）」と「外的（垂直軸と水平軸）」への方向性をもつということが確認されるため、「意味」と「内的」方向性として『自己に向かう』、「関係性」と「外的（垂直軸と水平軸）」方向性として『他者とのつながり』と『自分を超越るもの（超越者）とのつながり』の 3 つの視点を分析軸とした。まずは、それぞれの軸にそった発言データをインタビューデータ（2010 年、2012 年、2013 年）と手紙（2014 年 2 通）から収集した。そして、3 つの分析軸それぞれを時系列に経過を追い、その時点での特徴的な語りを引用しながら、A 氏の経過を記述し、考察を加えた。最後に、全体的な考察として A 氏の「スピリチュアルな成長」と「回復」について論じた。

分析にあたる際、A 氏の治療、病状、SHG の活動とそれに伴う A 氏の活動、生活状況、医療機関のイベント等を時系列の一覧にまとめ、A 氏の生活状況とライフイベントを把握し分析の参考とした（資料 4-5）。時系列の流れや出来事に間違いがないか一覧表は A 氏にも確認してもらった。また、筆者の分析の信憑性、妥当性の確保のため、A 氏本人と、A 氏の調査 2～4 のインタビューにも同席し、SHG の支援活動を筆者と共にを行ったクリニックの PSW に、分析内容がある程度まとまった時点で、確認してもらった。

なお、2002 年 8 月に日本精神神経学会が「精神分裂病」を「統合失調症」の病名変更を決定し、精神分裂病は使用されなくなったが、本研究では、インタビューや記録で当時「精神分裂病」と表されたものは、そのまま表記する。

#### IV 結果と考察

##### 1. SHG 参加以前の A 氏（1997～2007 年：初診～機関内 G 参加時期）

この時期を、「機関内 G での回復時期」とし、機関内 G への参加経験を中心に A 氏の 10 年間の経過と筆者や医師の関わりを SHG に参加以前の A 氏のリカバリープロセスとして、結果と考察を含む形で記述する。ゴシック体文字、『』は A 氏の発言のままの表現である。

以下は、A 氏が初診から 1 年後に診療機関の 10 周年記念誌に投稿した手記である。

「私が病気である事を受容するまで」

〈あなたの心は病んでいる〉との宣告を平穏な気持ちで受け入れる事ができる人が、いったいどれ程いるだろうか。心がどの様なものであるかすら判然としない中では、〈心の病〉はそのまま人格の破綻をも意味しかねない

（略）

～ 私も自分の〈心が病んでいる〉との宣告に当初は激しく抵抗した。最初に家族に半ば強制的に連れていかれた病院での担当の医師の判断は、精神分裂病であった。私自身に病んでいるとの自覚症状があまり無かった、というよりも病んでいることを認めたくないと言う拒否反応の方が強かったのである。そうして最初の強制通院は 3 回程度で終わってしまった。

（略）

～ 冒頭でも記したように、〈病み〉を受容することは、過去・現在・未来の自己を半ば否定することにも繋がる。それだけに共に生きる者の愛情の支えがなければならないのだろう。かかる意味で〈病み〉の受容に際して、私はすべてを失った、しかし、家族の愛情という全てを私は得たのだ、と今あらためて振り返って、そう思う。

手記が書かれる1年前、A氏は両親に連れられ、筆者の勤務するクリニックの外来に訪れた。他機関での治療中断後、しばらくして精神科通院中であった兄の心からの勧めによって、再度新たな医療機関にかかる決心をしてやって来た。インテーク時のA氏は被害妄想の内容について話をし、「この事実確認をしたほうがよいか」ということを筆者に問いかけてきた。その真剣さと、真面目で堅そうなA氏の様子に当時1年半程のワーカー歴であった筆者は「あなたにとっては事実だったのでしょうか」と返答し、医師の診察に後を委ねた。A氏は主治医から病名の告知、ドーパミン仮説を中心とした病気の説明、そして薬と治療について説明された。彼にとっては確信であった被害妄想は症状として説明がなされたことから、それ以上話すことはやめて、主治医の指示に従った。A氏は『精神的にすごく辛かったのでその辛さをなんとかしたい』という思いで、通院することと、薬を飲むことを受け入れた。

主治医は依存症治療の経験から、患者自身が治療や再発防止の主体者であるという信念のもと、統合失調症の患者に対しても早い時期からインフォームドコンセントをおこない、患者自身が病気に対して自己観察・自己管理ができるようにという治療方針をとっていた。こうした中で、彼は真面目に主治医の指示に従い通院と服薬を続け、冒頭の「私が病気である事を受容するまで」の手記を書いた。指示されるとおり『服薬し病状が落ち着いていた』ことで自らが病んでいた、つまり精神分裂病という病気であったことを認めたというのである。しかし、そこには、

治っても治らなくても、人生は暗く、光や喜びはないもの・・・  
病気になった人生を否定的にしかとらえられず、人生を悲観して、毎日いき  
るのが辛く、孤独でたまりません

というA氏の思いがあった。A氏はたとえ治ったとしても、精神科の通院歴があれば、

誰からも相手にされず、治らないままであれば思考能力を失って、廃人同然になるのではないかと、恐れていたのである。

患者自身が持つ病気への偏見を乗り越え、自身の病気を受け入れていくことは仲間集団の力が不可欠であるという考えを持っていた主治医は、精神分裂病及び非定型精神病患者を対象とした月 1 回の機関内 G への参加を勧めた。A 氏は、2 回程参加したが、『自分は皆ほどひどい病気ではない』と、メンバーを仲間として受け入れられず、足が遠のいた。しかし、約 1 年後、A 氏は主治医から A クリニックの記念誌に載っていた同じ病気で機関内 G に参加していた B 氏の手記を読むように勧められ、B 氏の手記から『精神病だからといって、メソメソ生きていてはダメだ。自己観察をして、薬の力を借りて自己コントロールして生きていこう』というメッセージを受けとり、参加メンバーが『能力のある人たちの集まりかもしれない』と感じたことから、継続的に機関内 G へ参加し始めた。

機関内 G を前任者から引き継ぎグループワーカーを担当するようになったばかりの筆者は、初診以来、月 1 回の機関内 G のミーティングで再び A 氏とかかわるようになった。

A 氏は前述のように自分の思考能力が失われてしまうかもしれないという不安から、機関内 G への参加を自分のトレーニング、リハビリと考え、機関内 G では『他の参加者の考え方を分析するような内容を話す』ことにしていた。A 氏にとっては自らの訓練であったことが参加継続の理由であった。

少し傲慢かとも思ったが他の人の気持ちはどうでもよいとも思った。他人に対する不信任感が強かったし、病者=無能力者というほどではないにしても低能力者だと見下し、比較的症状の軽い自分は、指導的立場にあると誤解していた。

こうした A 氏の機関内 G での発言は、他者の発言に対する解説的コメントで確かに的を射たものでもあったが、自らの体験にはほとんど触れず、筆者には気がかりであった。しばらく様子をみていたが、このままでは、自分の体験を話すという機関内 G の場の維持と、A 氏と他の参加者との関係が悪化することが予測され、筆者が介入を考えていた矢先に、A 氏の姿が機関内 G から消えた。機関内 G での参加が 1 年を過ぎた頃であったが、『症状も治まり、機関内 G でも指導的役割を果たせる自分は病気が治った』と思い、服薬を主治医に黙って中断し、診察にも来なくなったのだった。

4 ヶ月後、A 氏は、薬をやめて、親や周囲に対して非常に生々しい感情がでて衝動的に

なるという“小さな再発”を経験し、自ら再受診した。この再発の経験はA氏にとって大きな変化をもたらすものであった。1つは、『統合失調症という病気は脳内物質のアンバランスが恒常的に続いており、薬によって調整していかなければならないもので、それが病気であるとすれば、病気とは脳の機能が一部不調和となる「障害」ということであり、病者=無能力者ではなく障害者である』という認識の変化であった。A氏の中には「障害者」は障害を克服しようと精一杯頑張っている人という肯定的な意味づけがあった。そして、2つ目は、『ミーティングのメンバーを同じ障害者だと、仲間として感じられるようになった』ことであった。『こんな陰性症状が出ているのがつらいとか、幻聴が聞こえるのが嫌だとか、最初は泣き言を言ってるだけだと思ったんですよ。でも、そうじゃなくて、今のその現状を話をすることが、これからどう改善していこう、どういうふうに先生に話をし、診断を受けて、服薬して、今後をどう変えていくかということに対しての前向きな発想だったんじゃないかなと思えるようになった』と述べ、再発してみて、皆の方が先に経験しているのだ、再発のショックを経験しながら頑張っているのだと気づき、機関内Gの参加者自身、自分の障害を理解し日常的に努力している人であると捉えるに至り、同じ障害者としての“仲間”という意識に変化したのである。

一方で、機関内Gへ再び参加して、これまでの彼の発言に対する参加メンバーからの反発に直面することとなった。A氏は、『ミーティング中に意識的に相手を批判しようとして「迷っている」という人に「それじゃ自己責任で生きていることにならないんじゃないか」と馬鹿にしたように言ってしまい、メンバーから「ディベートしているみたいですごい嫌です」とはっきりと拒否された』のである。

皆の言うことはもっともだと思った。症状が軽いからといって指導的立場にあるとは思い上がり。人としての対等意識が大切だと思い、皆に素直に申し訳ないことをしてきたと反省した

再発の経験から、メンバーを仲間として受け入れるようになっていたA氏は、仲間からの反発を素直に受けとめ、機関内Gでの態度を変化させた。分析的に他者の話にコメントすることはなくなり、自分自身の今の状態や簿記の勉強、就職活動の悩みなどを語るようになった。また、顔つきも軟らかくなり、その変化は、筆者からみても明らかであった。その後2年弱の間、簿記検定の度重なる不合格、就職活動の不調、専門学校受験の不合格



と、A氏にとっては努力しても先の見えない辛い時期であったが、ミーティングへの参加を続けながら、作業療法士になるという新たな目標を持つに至った。A氏は主治医から福祉関係の仕事に就くことを勧められ、これから病気になっていく人に何かしてあげられることはないかと考え、現状で選択できる職種として作業療法士を選んだ。

みんながいるから変わったんだ、みんながいたから変わったんだという部分がすごく大きいですね。あの～、ただ会ってしゃべってるだけなんですけどね、ん、みんながいてくれたから変わったし、前向きにもなれたんで、ん、ほんとにさっきお話ししたんですけど、一人だったら死んでたかもしれないなと思いますね。

ミーティングに参加して5年、A氏は、機関内Gで皆の話を聞いて参考にすることもできない状況だったとしたら、自分は病気のことで思いつめて自殺していたかもしれないと語り、そして、機関内Gで話すことで、救われる気分になったと振り返っていた。さらに、ひどい参加の仕方であった自分をよく“仲間”と思って受け入れてくれていたという仲間への感謝の念を持ち、仲間がいたから、病気を受け入れられたと認識していた。

頑張っている自分っていうのがあって、障害を克服しようとして、ていうのは尊いわけですね。そういう自分に対する尊さとか愛おしさを感じ取れるようになったのは、自分が病気だからですね。そういう道筋で考えれば、ああ病気ってそれほど悪いことでもないと思えるんですね。ただ、自己認識という点において、自分をより大切に思えるようになったのはよかったかなと。

この時、A氏は、冒頭の「病気であることを受容するまで」というタイトルの手記について、その時点ではそれが病気の受容だと思っていたが、それは通院することを受け入れたというだけの受容という意味で、病気のことは受容していなかったと説明していた。そして、現在は、病気を受け入れ、現状をどう過ごし、未来をどうよくしていくのかに向いており、『過去の過ぎたことはどうでもいいです』振り返ってもしょうがないですもんね』と述べ、前向きに頑張るしかないという気持ちを表していた。

仲間と出会い、再発という体験を経て、病気を受け入れ、病気の自己観察・自己管理、そして就労という目標に向かって努力を続ける A 氏、つまり、精神病を患うという破局的な出来事から、自らの人生の責任を受け、主体的に前に向かって生きようとしている A 氏のリカバリープロセスに、筆者は大いに学ばせてもらった。また、グループ治療の効果、仲間と共に語ることの有効性を認識した。

しかし、また、A 氏自身が、「頑張ってる」「障害を克服しようとしている」という表現であらわされるような「doing」の価値観に強く支えられていること、「振り返ってもしょうがない」と述べるように、自分の過去の具体的な病的体験をミーティングの中で一切話していないことが筆者には気にかかっていた。と同時に、この機関内 G の中では、これが A 氏のリカバリーの進展の限界ではないかと感じた。それは、A 氏の限界というより、機関内 G である以上「患者」という役割の中での病気との向きあい方の限界であるように思えた。言葉では表現しにくい、一言でいうと、今以上の「深さ」が機関内 G の中では、でてこないのではないかと感じられた。そして、病気を越えて、主体的に自分の人生に向き合うにはより対等な関係性の中で体験を語る場が必要だと感じ始めた。同時に、筆者には AA のような「spiritual growth（スピリチュアルな成長）」を志向する SHG が存在すれば、A 氏がさらに楽に、自己と他者との関係の中で人生を自由に生きられるのではないかと考えるようになっていた。

一方で、A 氏に今以上の「何らかの変化」を望むのは、筆者の傲慢さかと悩んだ。定期的な機関内 G と診察において症状も安定し、本人が就労を目指しながら日常の困難にも対処し、毎日の生活が送れている状況の中にある、それが今の A 氏自身であり、筆者のイメージしている AA のような自分の弱さや無力を受けいれるところから始まる回復の押しつけになるのではないかと葛藤があった。色々迷いながらも、しかし最終的には、A 氏に「今以上のことを求めない」という筆者の思いも、はたして統合失調症を患う人々のどの程度が実際に「スピリチュアルな成長（spiritual growth）」を志向する SHG を必要とするのかという疑問も、筆者自身の勝手な統合失調症を患う人々への回復の限界設定であり、傲慢さではないかという思いに至り、さらなるリカバリーの可能性の場を創るための支援、つまり SHG を創出への働きかけをしていくという方針を立てた。

2003 年頃からは主治医や筆者が AA 等の SHG の情報などを機会があるごとに A 氏や機関内 G メンバーに伝えていた。しかし、その後 A 氏の主治医であったクリニックの所長の退任などがあり、メンバー間では、機関内 G がクリニックにとって邪魔になり追い出す

口実として SHG の設立を勧められているのではないかという被害的な受け止めや、『ただでさえ人生に苦勞しているのに、これ以上苦勞を負わされるのは困る』『機関内 G で十分だ』ということが話されており、メンバーの SHG への関心はなかなか高まっていなかった。

そうした状況の中、筆者は浦河で SA が活動していることを 2005 年頃に知り、SA についての情報収集を開始した。そして、2007 年に浦河 SA での調査を計画した際、「百聞は一見にしかず」であるからと、機関内 G のメンバーを調査旅行に誘った。その結果、筆者とクリニックの PSW 1 名と共に、A 氏と B 氏が浦河 SA を含む「べてるの家」と、札幌 SA に訪問するに至った。この時も、A 氏と B 氏は「物見遊山」「観光気分」で北海道にでかけていた。

## 2. SHG 参加後の A 氏（2008～2014 年：SHG 設立～参加時期）

ここからは、SHG である大阪 SA（以下、OSA）に参加した後の A 氏の変化について、3 つの柱「自己にむかう」「他者とのつながり」「自分を超越るもの（超越者）とのつながり」に添って、経過と考察を述べていく。経過ではそれぞれ、参加 2 年後（2010.5）「SA で自らの理解を深めていくことを経た時期」、4 年後（2012.3）「SA の学習会講師の経験を経た時期」、5 年後（2013.3）「就職で生活が一変し、SA への参加に変化を経た時期」の時点でのインタビュー調査の語り、6 年後（2014）の手紙の語りを引用して、A 氏を記述する。経過においては、強調したい A 氏の発言をゴシック体、『』『』で記している。ゴシック体、『』は A 氏の発言のままであり、「」は発言の文言を端的にまとめたものとして記している。

### 1) 『自己に向かう』

#### （1）経過

参加 2 年後（2010.5）A 氏「SA で自らの理解を深めていくことを経た時期」

2007 年夏、筆者の誘いに、機関内 G メンバーであった A 氏と B 氏、クリニックの PSW1 名がべてるの家と札幌 SA を訪問した。A 氏は浦河 SA、札幌 SA に参加し『機関 G での認識とは、人生や病気に対しての認識の深さが全く違うと痛感』し、SA の必要性を感じた。そして、自分たちも SA を立ち上げようと機関内 G のメンバーらに呼びかけ、2 ヶ月の準備後、翌 2008 年 1 月に OSA を開始した。その後、月 1 回のミーティングを重ね、2

年後の2010年2月には第1回目のオープン・スピーカーズ・ミーティングを開催した。

OSAのミーティングが開始されて2年、A氏はステップをとおして自分とどう向き合うかを体験した。その中で、「苦勞した方がいいよというべてる流の理念はそのとおりだ」との実感や、「無い物ねだりをしてもしょうがなく、現にあるものをまだ良くしていける余地が残っている、(自分に)可能性がある」という未来への可能性があると感じられるようになったことが自分にとって大きな変化であったと述べる。OSAを経験するまでは、やはり「病気でなかったらこんな苦勞はしないですんでるのにな」と人並みにできないことの言い訳に病気を持ち出したり、「病気なので・・・」と卑屈な姿勢をもっていたが、しかし、OSAとして活動を始めてから、病気であっても、当事者として、人として成長していける余地はあると考えられるようになったと説明した。また、A氏は『目先のメリットにこだわり、苦しい人生を好転させる特効薬のようなものを性急に求める浅薄さと、その裏返しに「役に立たないことはしたくない。余計なことはしたくない」と思っていたことを恥ずかしく思います』との述べ、「自分の人生を良いものにしていくには、自分を深めるしかない」と理解をしたという。一方で、『自分で参加して思ったのは・・・、僕が一番素直じゃないこと』と笑いながら振り返り、発症時のことがミーティングの中で話せておらず、それが自分の問題であるとの認識がされていた。そして、過去のことを話せないその状態をA氏は以下のように表現した。

でもやっぱり過去のことになると、こだわってるんですよね。どこまでがほんとでどこからが妄想だったのか、全部妄想だったのか。もう、もう…そんなこと言ってたってしょうがないんですけど、でもそれを考え出すと、人ってなんだとか、あの時の、あの、ああいうやりとりは何だったのかとか、思うんですよね

そして、『自分を責めなくもいいよ、受け入れなさいよというところまでは、いつてんのか、いつてないのか』とA氏は語り、発症していた頃のことを語るのはしんどいことだと述べるにとどまった。

#### 参加4年後(2012.3) A氏「SAの学習会講師の経験を経た時期」

A氏は、この2年間は、国家試験の受験勉強(2010年秋～2011年2月)、父親の看病

と続き（2011年3月～9月）、SAの活動を一生懸命できていたわけではなく、SAでの自分自身はあまり成長していなかったと振り返った。一方で、『前の自分だったらこの2年間どんだけ成長してきたってことを一生懸命材料探して、書いて、こんだけ成長しましたって言ってたと思う』が、しかしそのようなものでなく、「まあまあ、ある程度はきている、少し踏み出したというぐらいの感じの程度であり、それに気づけただけでも幸せな感じがしている現状であると説明した。

また、A氏は、回復について、『この病気にかからなかったらこんな人生があるだろうって、そこへ戻るんだよみたいな話に結びつきやすいついていう意味で回復っていう言葉はすごく危険な言葉だ』とそのことを以下のように語った。

回復とか、元気になるとかね。元の気になってもしょうがないじゃないかって。なれないじゃないかって。それはさらに病気になったことがとんでもなく悪いことだったり、とんでもなく異常なことであるという風に否定的なイメージで捉えやすいんですね。回復しなければいけないとか、じゃあ今ここにいる地点はなんなのって。悪いことじゃないと思うんですけどね。そっから歩みだしていかなくちゃいけないっていう感じがなかなか伝えられない。

この間、A氏が考えてきたことは、『発症前、発症していた頃、その後と時間の連続性を保つこと』であったと述べた。ステップをとおし、また現実の他者をみて「人生というのは逃げようのない、一つつながりの道であり、だからこそ自分がしてきたこと、しでかしてきたことをきちんと振り返り、そこから学び、自分を深めたり高めたり、よくしていこうということでしかありえない」という、過去の囚われから抜け出していくこと、自分の人生は自分でしか責任を持てないということ、そして、自己の深化を目指すことへの認識であった。その上で、現在では『病気であるっていうことは、自分の中ではほんとに小さくなってる』と述べ、発症したこと自体は小さなきっかけの一つであり、色々なことに気づいたり振り返ることのきっかけをミーティングによって与えてもらっていることが自分自身には意義深いことだと感じられていると語った。

2011年9月～2012年1月にかけて、奈良県精神保健福祉センター主催のSA学習会（月2回：計10回）が開催され、奈良が生活の場であり、OSAの経験を語ることを期待され

た A 氏は当事者の講師を依頼された。学習会では毎回 1 つのステップについて A 氏の理解と体験が話され、当事者の参加者が、次回に自分の思いや体験を文章化して発表というスタイルがとられた。学習会 4 回目のステップ 3「私は受け入れます」の学習時に、A 氏は『「私は、様々な不快な症状、時には望まない行為によって、自分自身の感情を表現せざるを得なかったことを受け入れます」について話しをしたい』と述べ、今まで決して話さなかった発症していた当時の自分、妄想に苦しめられて近隣や友人を巻き込んだ行為の詳細を赤裸々に語った。普段の OSA のミーティングでは「自分のある意味弱さや弱みであり、汚点のようなものとして捉えている部分（それは、誤解と分かっているが）。今更、そんな格好悪いことは言えない」ままであったというが、この学習会がそうした発症時の体験を話すきっかけになったと、A 氏は以下のように述べた。

まずは僕が正直に話をしないと誰も話してくんないだろうと思ったんです。

僕が自分を開くことで、それを最初に皆に読んでもらうことで皆の気持ち

が少しでも開かれるんなら、それは意味があるなと思った

また、学習会をとおり自分を振り返って、学べたことは『ステップっていうのは体験として理解するという意味では、自分はまだまだ理解できてないなということが分かってきた』ことだと話し、この 2 年間をとおり言葉の読解として理解はできてきたが、『ステップはわかんない』というのが端的に思っていることだと話した。

#### 参加 5 年後（2013.3） A 氏「就職で生活が一変し、SA への参加に変化を経た時期」

A 氏は、2012 年 4 月に、奈良での学習会に参加していた当事者とともにまほろば SA を立ち上げ、以後 OSA とまほろば SA の 2 カ所の SA に参加していたが、その後 2013 年 1 月からはまほろば SA のみの参加となっていた。

A 氏は開口一番、『病気であるかどうかということ。あるかどうかって・・・病気なんですけども、もうそんなことはどうでもいいっていう心境なんですよ』と述べた。

A 氏は、改めて学習会での過去の出来事を話した体験を『恥ずかしかった』と言い、「笑われるだろうと思って話をし、そして、何かを伝えようと思ったわけでもなかったが、一番しんどいところを振り返って乗り越えると楽になり、何も肩肘はらなくていい感じになった」と振り返った。

自分として目を背けたかった、その～、過去の断片に目を向けて、それを話せたという、その一コマ。それが話せたことや、あるいは聞いてもらえたことってというのが、自分にとっては大きかったっていう感じはするんですね。

そして、A氏はその時の体験から、「その人が語る話が、その人の一番大事な関心事であって、それをしっかりと聴くことの必要を感じ、回復を改めて考えた」という。それは、遅い／早い、行く方向の違いはあれど、『自分一人が回復するためには手助けが必要ですよ』というところじゃなくって、回復するのはみんななんだ』ということであった。

一方で、A氏は他者の経験をわかることは難しく、ステップにそってゆく中で『自分で自分をわかってやるしかない』という考えに至ったと述べ、自分が『人に分かってもらおうとすることが、気持ちに、過剰なくらい強かったことに気づいた』と語り、「自分の内的事実、自分の思いの変遷をきちんと捉えていくことが、自分を理解していくことだ」と述べた。

こうした体験と理解の中で、A氏は、現在の自分と機関内Gでの自分の違いを振り返って以下のように述べた。

自分「が」大切じゃないんですよ。自分「の」大切さなんですよ。微妙な問題なんですけどね。

機関内Gでは、『今のままでは自分がかわいそうです』という感じの、裏返った屈折した部分で、自分「が」に近い感じであったという。まだ、思いとしては一流大学、一流企業、社会的名声を目指し、『こんな病気にならなければ実現できたはずだ』という考え方があり、その道が断たれ、方向転換しなくてはならない『哀れな自分』であった。しかし、それが、「今では『自分・・・大事』と自分が感じえた、その気持ちをSAのメンバーにも持ってほしい、という気持ちが徐々に強くなってきた」と述べる。

自分ってということに対しての濃さがちがうですよ。変な言い方になりましたね。  
あの一、前はもう、自分がよきやいいっていうとこですよ。本当に、自分はこの僕なんですよ。だけど、今の自分のいとおしさっていうのは、僕だけ、ミー

ティングに参加しているその人でもあるわけですよ。だから、うん、誰もが味わわなくちゃいけないっていうか、味わってほしい感じとしての、そのいとおしさ。

そして、A氏はその「いとおしさ」を持つことが多分、回復するということの出発点だろうと語った。

## (2) 考察

A氏は、ステップに出会い、「言い放し、聴き放し」という誰も問題の答えを出さないミーティングの場で、つまり、自分にしか問うことのできない場で、自分と向き合うことを続けながら、徐々に自分への理解を深めていった。

A氏は、先ず自分を深めていくという方向性の中に、未来に向かって、開かれていく自分の可能性を見いだした。その中で、彼は過去に囚われてる自分を認識し、その過去の出来事も含めた自分のありのままを自分自身で赦すという作業を続けていたといえる。

自分自身の弱さの部分であった、核心的な病的体験を話すことができないという彼の感覚はごく当たり前のものである。体験の想起は、それ自体が当時の苦しみを蘇らせ、また、当時の自分を恥ずかしく思う思いや罪悪感が伴うという二重の苦痛があるが、A氏はそのことを棚上げして、前に進もうとしていたのである。そうでなければ、前に進めなかったともいえよう。また、そのように立て直してきた日常生活においては、敢えて、そのことを話す必要と意味が感じられることもなかったであろう。しかし、A氏はミーティングに参加しステップを踏むという自分自身に向けられる眼差しの中で、仲間に対し、そのことを「語らない」自分の不正直さに気づくことになった。気づきながらも、さらにしばらくA氏は論理的思考と言語的説明能力が高いため、ある意味防衛的に上手く「説明」をすることで、自身の「体験」を語ることを避けてきた（筆者にはそのように見えていた）。しかし、SHG開始後4年近く経て開催された学習会をきっかけにA氏は自分の一番辛く隠していたかった「体験」を語る、つまり「自分を開く」決意をした。それは、自分ではなく仲間の為にというその時であり、自分にとっては忘れてしまいたいものでしかなかった過去が語られた時に、それはA氏にとって「意味ある体験」へと変化した。A氏が機関内Gに参加してから15年近く経ってようやく辿り着いた、筆者が待っていた時でもあった。

そして、そこで仲間に聴いてもらったことは、「自己との和解」（窪寺 2003:35）へとつながっていった。窪寺は「和解」とは、「本来人間があった状態にもどること」であり、「自



己との和解」とは、「病気の自分を受け入れること、死に直面して恐れている自分を受け入れること、自分の存在の意味を見つけること、苦難の中での生きる意味、目的、価値を発見することで、自己の劣等感や高慢さ、挫折感や自己嫌悪などと和解し、それから解放されることだという<sup>注2)</sup>。ステップとミーティングをとおして自らの過去に対峙し深められた、他者との比較や社会的地位、あるいは、他者に分かってもらうことで満たされるのではない、自分の在りよう、それが“かけがえのない私”であるという実感が、A氏の『自分「が」大切ではなく自分「の」大切さ』であるという表現になったと考えられる。そして、“かけがえのない私”は、誰にとってもそれぞれ“かけがえのない私”である、という他者の存在そのものの肯定になったといえる。

## 2) 『他者とのつながり』

### (1) 経過

#### 参加2年後(2010.5) A氏「SAで自らの理解を深めていくことを経た時期」

A氏は、自分がステップ1の「私は認めます。一私には、仲間や家族さらには専門家の力が必要なことを認めます。私一人では、回復できません。」の到達段階にやっとかかってくるかぐらいかと思った時に、機関内Gで仲間にもっていた「みんな一緒」という感覚が違っていたということに気づいたと述べた。

一緒っていうよりも、さらに、僕はなっちゃいけないと思ったんです。なんか、みんな一緒だなあっていうのも上から目線じゃないですか、ある意味。それじゃないです。見上げる感じ。みんなすげえなあと。

ミーティングの語りを聴く中で、正直に話せない自分と違って正直に話す仲間、あるいは、一言、二言しか話せなかった仲間が、少しずつ長く話せるようになるのをみて、A氏は皆の成長にくらべ、自分自身が成長していないと感じられたと話した。また、それは、メンバーそれぞれがそのとき、その状況で頑張っており、『そのがんばりは等価』であり、何が達成されているかの問題ではないということ、「人はペースも違えば段階も違う、それでいいんだなあ」と思えるようになったというA氏の変化でもあった。仲間のその『一生懸命さ』の姿を『ありがたい』と思い、仲間としての愛おしさを感じる中で、A氏は、機関内Gの体験で、対等な仲間と思っていたつもりであったが、「機関内Gの中ではやはり

他のメンバーを精神的に自立していない存在とみなしていた」と、人として傲慢ではなかったかと振り返った。SAを経験して、人の見方が最も変わったことだと述べた。

#### 参加4年後（2012.3） A氏「SAの学習会の講師の経験を経た時期」

仲間との関係の中で、A氏は、「基本的には私ごときがなんか言っても役に立たねえよっていう感じはしますよね。で、役に立とうと思わなくなったんです。思いすごしですよ、人の役に立っているっていうのはね」と述べ、それは根底で『お互い仲間として信頼しています』という気持ちが強くなってきているからであると話す。ミーティングの中での仲間とのつながりをA氏はこのように表現する。

集まって話してる時に一瞬すごい孤独になるって。いるから感じれる、みんながいてるから感じれる・・・話し終わった時にみんなとまた再会するわけですよ、話終わった時点で。そこで再会なんです。再会があるから、その前段階が孤独に思えるわけですよ。だから孤独があつてより深い地点での再会をするっていうことの繰り返しなんだなって思っていて。だから、面白いんですよ、しゃべってて。

ミーティングの場をとおり、A氏は仲間の“存在”そのものに近づいていった。何か直接的に役立つ、何かをしてあげることではない関係性の中に、仲間としての自身の在り方がみえてきたのである。また、仲間との関係について改めて、機関内Gの経験（仲間アドバイスや意見を述べ合っていた）から言えることだとして、以下のように述べた。

ああしたらいい、こうしたらよいと言うことで、人の人生に簡単に手出しではいけない問題なんだということが分かってきて、その中で、何度も同じような話を聞きながら、少しずつ変わってくる仲間の姿をみると、自分で考え、解決し、乗り越えていくことができる人だと信じることで、つまり平らに人として共感とか信頼とか、『限定できない気持ちを持つ』、それが仲間意識かもしれないということ

一方で、A氏にはSAには参加していない、同じ病気の友人が複数いた。そして、この友人達がそれぞれ突然A氏宅にアポイントなしでやってくるという経験について語った。

自分自身の経験を振り返り、「その非常識的な行動は理解できても、甘えさせてあげること  
は仲間とみなしていないことになるので、お互いにきちんとした距離感を保つことを説明  
し、仲間として自立して行ってほしい」ということを相手に伝えることが、冷たいようだ  
が相手の役に立つのではないかと考えるようになったと話した。

また、この時、A氏は、半年前（2011.9）に他界した父との関係について詳細に触れた。  
A氏は京都大学出身の父に「東大と京大以外は学校じゃない」と言われて育ち、なんとか  
しようと思いつながら高校1年の終わりから3年終了までは登校拒否となり、その後、5  
年間の浪人生活を経ても、それに応えられなかった自分は父親からまったく認めてもらえ  
ない存在であったと話した。自分が病気になり、病院の心理教育セミナーなどにも参加し、  
病気を理解しようとする姿から父親の歩み寄りを感じてはいたが、それでも「簿記」を職  
にしろと言い、勉強をしているかテキストの汚れ具合をチェックしにくる父親に『この人  
は最後まで自分を理解してくれない』という思い、一方で『父親の言うことだから従わな  
くてはいけない』との思いがあったと、これまでの父親との葛藤について述べた。しかし、  
父親の死という現実には『絶対的な価値基準だった人なので、いなくなると困るんですよね』  
と語り、一方で、「簿記」の就職活動を断念した後、自らが選んだ作業療法士という職業選  
択の中で見えてきた自分の生きる方向性と、父親の心身の衰えが重なっていく中で「父親  
の思いとは違う人生があるんだ、そこを生きていかなくちゃいけないんだ」ということが自  
分の中でわかってきたと、述べ、父親の価値観からの解放を語った。

**最後の最後で、なんとか独り立ちできる…最後で離陸したんじゃないかって  
いう感じがした**

参加5年後（2013.4） A氏「就職で生活が一変し、SAへの参加に変化を経た時期」

A氏は、2011年の10月から作業療法士として整形外科で常勤の仕事に就いたが、「2012  
年に入った頃から、自分と同じ病気の人と関わり合うことが、自分にとって、自分が仕事  
をしていく上で、時間や労力をさかれるという意味で、マイナスになるかもしれないと思  
うようになっていた」と話した。

ミーティングの仲間については、その頃はミーティングに来ていても『仲間という感じ  
ではない』、ミーティングに参加するのが嫌だったと振り返り、自分がとにかく仕事が手一  
杯でそう思っていたことに気づいたと話した。A氏は、自分がしんどくなることを人の為

にする必要はない、ミーティングに出るのも集まってくれる「人の為」となり、「自分の為」でなくなっていたと、そして、OSA を逃げるようにやめた、そして、まほろば SA のみに参加するようになったと告白した。また、同じ病気の友人に対しては、自分も同じような時期があったことを棚に上げ、すがりつく友人に対して『甘いな、そんなものじゃない』と思っていたと話した。同時に、自分が発症したときに、唯一自分を理解し、助けてくれた大学時代の友人に、「自立して下さい、みんな自分のことで精一杯なんです」という感じで最終的にあきれられたという A 氏自身の経験を、他者がしていることは自分もして何が悪いという論法で、その台詞を病気の友人に対して向け、そうすることで一生懸命に自分を肯定しようとしていたと振り返り、その中で、二人の友人とは縁が切れたと話した。

そして、2 ヶ月ほど前の地元のミーティングでの体験で、これまで「自分は人のために苦労している」と思っていた思いが違うのではと感じるようになったと述べた。それは初参加のメンバーに向かって、「自分自身に誇らしく生きる生き方をすれば、それでいい」という思いを話した時に、そのメンバーが涙ながらに発言した「今日来てよかった、ありがたかった」という言葉を、純粹に嬉しく感じたという体験であった。

役に立ったとまでは言わないけど、自分が経験してきたこと、辛いこととかいっぱいあって、無駄ではなかった、少なくともね、うん。ねえ、役に立つかどうかっていうのはその人がその後どう生きていくかの問題にも関わってくるんでわかんないですけど、無駄ではなかったんだなと思った時に… あの一、ミーティング、人のためだと思ってましたけど、うん、だけど、聞いてもらおうと思って話したことは、自分自身にとっても嬉しいことだったと思えたんですね。

A 氏は『自分が言ったことを汲み取ってもらえたことで、あの一、僕が助けてもらった感じ』であったと述べ、自分が SA メンバーとして立ち直ってきたと納得するように話した。

苦しいまんまで過ごしていかなくちゃいけない人がいるっていうのもしょうがないなって思うんです。それは仕様がな。だからミーティングに来てくれる人との関わり合いは大事にしよう。うん、まあ、自分に、今の自分にできることってその程度のことですかね。自分自身を自分の力で守りながら関わっていくということになると、もう本当にその程度しかできないですね。そんなもんか、って思いますけ

どね。でも色々経験してみて、そんなもんですよ。

#### 参加6年後（2014.1） A氏「信仰をもつ生活を経た時期」

A氏は、関係を断ち切ってしまった病気の友人二人に対して、彼らよりも自分に多くの決定的な問題点があったと、自分を振り返っていた。A氏は、「二人が、事前のアポイントなしに自分を訪ねるという行動が、相手の都合や状況を考慮しない、人としてのルール違反、病気の人によく見られる典型的な行動のひとつと思え、全般的に病気の人と関わり合うのに嫌気がさして、二人との関係を絶った」と述べた。そして、二人に対しての嫌悪感の根が自分のずっと深いところで生じていたことであったと説明した。A氏は「留年」と「病気」という彼ら二人の状況が、『理性的判断を忘れてしまうほど』自分と近かったことから、「かわいそう」という感情の起点から関わりを始めてしまったという。そして「彼らをわかってあげられるのは僕しかいない」という思いは、二人に「わかってくれるのはこの人しかいない」というA氏への精神的な依存を高めることとなり、その状況の中で「嫌でも話を聞いてあげるべき」という義務感のみになっていったと述べた。結果、連日の深夜にまで続く電話への対応への疲弊、にもかかわらず、自分の努力に対し変わらぬ相手に、憎しみにも似た感情を抱くようになり『僕が関わり合うに値しない人達だ』と思うに至り、彼らを『切り捨てた』と語った。

欲求は、その全てを満たそうとすればするほど膨れ上がるもの。彼らの「分かってほしい」という欲求を膨れ上がらせてしまったのは僕の「支え方」の失敗でした。

そして、それが関係の断絶に至る経緯であったとA氏は顧みた。

#### **（2）考察**

A氏は、OSAが開始され、ミーティングの中での仲間の発言と姿から、それぞれが置かれている状況や抱える問題は違えど、メンバー各々が自分の人生を懸命に生き、向き合おうとしている対等な存在としての“仲間”であるとの認識を深めていった。仲間とのかかわりの中で、それは「その人自身が持っている力への信頼」であり、その重要性に気づいたA氏は、自分が「何かの役に立てる」ことはごく限られたものでしかないということを感じ

じるようになっていた。

一方で、A氏は個人的な付き合いのあった同じ病気をもつ友人との関わりに大きな葛藤があった。2012年のインタビュー時にまず語られた内容は、このSAにはつながっていない病気の友人についてであり、社会ではありのままでは駄目な部分があり、つまり彼らには訓練が必要で、自分自身で自分を鍛えていかないともう一度世の中にでていくことはできないという主張であった。その時に語られていた同じ病気をもつ当事者に対しての全体的な語り口は、病気をもつ者は社会で適応していく厳しさを自分の経験から正当化するものであり、筆者には、A氏の他者への厳しい眼差しが感じられた。2013年のインタビューでA氏が語ったように、2010年以降、3度目の国家試験合格に向け試験勉強を中心とした生活、2011年には父の癌が発覚、国家試験合格、父の死去、そして、就職とA氏にとっては現実社会の中でどう自分が生活していくのかという切実な課題に直面した時期であった。特に、フルタイムでの就職を果たした2011年10月以降、毎日の仕事をこなしていくことで精一杯となったA氏の状況を考えると、同じ病気の友人との関係や、SAの活動（ミーティング場への物理的な距離や、事務的な対応）がA氏にとっては負担でしかなくなっていたとしても致し方ないと思われる状況であり、2012年のインタビュー時は、そうした自分を自分自身で納得させているような語り口でもあった。しかし、2013年のインタビュー時には、就職から1年半程経ち、仕事や職場に慣れ、仕事中心となった生活のしんどさが、自分と他者とのかかわりにどのような影響を与えていたか、当時を客観的に振り返り返る余裕がA氏には生まれており、前年に語った語りがA氏自身の率直な心情を交え語り直されていたといえる。

2010年～2013年に至るこの間の友人やSAとの葛藤関係は、経済的自立を含めたA氏自身の生活の基盤が構築されていく重要な時期においてこそ浮かび上がった、今を生きているA氏の生活のリアリティーに他ならない。A氏にとってしんどい時期であったが、しかし、限られた時間と空間の中で、つまりA氏自身のトータルな生活や人生において、SHGや他者と、A氏自身がつながる意味を考えさせる契機となっていた。「人のために苦勞をしている」「人のために自分が犠牲になってどうするのか」という他者との関わりの中で露わになった自己保身的な自分、友人との関係に行き詰まり相手を切り捨てた自分、そうした他者への態度を振り返ることで、自分の在りようをさらに深く認識することになったといえよう。そして、友人との関係を断絶してしまった、そのような自分も、あるがままに受け入れることができたからこそ筆者への手紙にその内容が書き綴られたと考える。

### 3)『自分を超えるもの(超越者)とのつながり』

#### (1) 経過

参加2年後(2010.5) A氏「SAで自らの理解を深めていくことを経た時期」

A氏は「偉大な力」については『自分の中の深いところで、自分を超えた力が残っている』という捉え方をしていた。ミーティング開始当時は“神様”だと思っており、宗教っぽく抵抗があったという。しかし、そうではなく、『一人一人の力があって、それが、自分に作用する時にも、人に作用する時にも、ほんとに素晴らしい力を発揮しますよっていうことなんだろう』という理解になり、神様を持ち出さなくともステップはやっていけると考えるようになっていくと説明し、そして、OSAの場を以下のように表現している。

ステップにあるとおり、皆が「仲間を助ける」偉大な力が働いているのだと実感しています。偉大な力は本当に働いています。自分を助け、仲間を助けるこの不思議な力が働いているあたたかい場所がOSAです

参加4年後(2012.3) A氏「SAの学習会の講師の経験を経た時期」

A氏は「偉大な力」については、これまで導かれてきた力、人生の中でそういう力があるんだろうなというのはぼんやり分かるが、自分の人生を委ねていこうとする部分では分からない、何を対象に、何に対して委ねるんですかという答えがないと述べる。そして、

自分の限界を感じていなければ、もう僕はすんなり深めていこうと思えば・・・ 出てこないんですけど… 神なるもの、超越的なものに対しての思いみたいなものもなかなか出てこないと思いますし…

と、自分自身は超越的なものに対して向けられるものがないというニュアンスを語った。

一方で、A氏は、父の癌の告知(家族のみ)を受け死去するまでの8ヶ月、父と向き合い、「平安の祈り」を読み続けたという。自覚症状があったが、A氏の国家試験を気にして検査や入院を試験終了後まで見送っていたと思われる父に対して、何とかしたいと思っていたが、“自分に変えられないものは受け入れる落ち着きを”を『とにかくやれることは一生懸命やる。結果としてもう死んでしまうということはしょうがないことなんだから』と受け入れた。そして迎える父の死を「変えられないものを受け入れられることが平静にでき

た」と話す。この2年位の間に、平安の祈りが、意識され自分にしみ込んできたように感じられたという。

ほんとに変えられないんだ、人っていうのは変えられないんだ。ただそう  
なんだ、それはその人の人生なんだ、接点が自分にあるかもしれないし、  
ないかもしれないし、それはしょうがないことだ

A氏はこうした話をしながら、「平安の祈り」は“神様”という表現が用いられているが、そこには行き着かず、一方で、運命を支配している何かはあると思い、それでいて「親父はあの世に行って魂は生きてる」と思っている自分に整理がついていないと、信心深い無神論者だと笑って語った。

また、全体的に、落ち着いて過ごせるようになってきて、どうしてもとか、何とかしてとか、必ずとか、という言葉を使わなくなったと話した。

#### 参加5年後（2013.4） A氏「就職で生活が一変し、SAへの参加に変化を経た時期」

A氏はステップの「委ねる」ことができていなかったと改めて振り返った。そして、それが過去の宗教とのかかわりに影響されていたことだと初めて詳細に語った。

A氏は発病して世間が冷たくなったように感じられて、自分が他者とどうつながればよいか、どうつながっていくのか、その可能性が見えずにいた。周りから嫌がらせを受けていると感じていたA氏は、その人々との関係を改善していく方法が何かないかを求めているという。

#### 人を信じないということに対して、それがつらく、人を信じたいと思った

A氏は、人を信じることの根拠として「良心」を位置づけた。「良心は神が与えたもので誰にでもあるが、そうだとすれば良心に従って相手に接すれば、相手も良心的に答えてくれるはずだ。これによって良い関わり合いができ、人は分かり合え、信じ合える」と考え、3つの教会と接触をもとうとした。しかし、「イエスという『人』を信じたい」という独自の論を訴え、教会から悉く受け入れられず、見捨てられて行く場所もなかったという体験を語った。



そんなもんだ、世の中は。だから、どうも、信じ・・・、人も神も、あるいは仏様でも一緒なんですけどね、超越的なものみたいなものに対しての、あの一、信じ切るっていう気持ちになかなかない部分があつて。でも、そうであつてほしいなという願いみたいなのがずっと残ってきたんですよ

そして、父との別れの経験とその供養について A 氏の中で起こった変化について詳細に語った。それは、連日ホスピスで看病していた A 氏と母親が体力的に限界にきていた父の死の前夜の体験であった。

おやじさんはもうホスピスで、に入つて、で、あの一、モルヒネで眠らされてる状態で、あの一、話もせず、目を開けず、ただ息してるという状況ですよ。で、9月の半ばぐらいですよ、をちょっと過ぎた頃なんですけど、しんどくて、うん、月、見ながらね、もう死んでくれよって思ったんですよ。いやいや、そんなこと思っちゃいけない、思っちゃいけないって、あの一、打ち消して。で、はっと我に返る感じで病室に戻ったんですよ、うん。

たら、いつもどおり、こう、荒い呼吸なんですけど、寝てるわけですよ。もう肺が両方やられてるんで、こんななってるわけなんですけど。で、寝てるなあと思つて、たら、あの、ふっと自分もうたた寝をしてしまったんです。そしたら、あの一、目の前におやじの顔がパッと出てきて、で、あの一、声は出なかったんですけど、口がね、「ありがとう」って動いて、で、にこっとほほ笑んだ感じが、というように、あの、見て取れたわけです。つたときに、はっと目が覚めて、おやじ、見たら、まあ、寝てるわけですよ。まあ、眠らされてるわけで。だから、ああ、なんか、今までの何カ月間か、あの一、してきたことを全部わかってくれて、で、今の、僕の、や母親のしんどさみたいなのもわかってくれて。

「ありがとう」って言ってくれた朝が来て、で、その日の晩に、あの一、もう苦しまず、あの一、スーッと呼吸が止まったんですよ。こう、ゼイゼイしてた肩がパッと止まって、ああ、もう亡くなったんだなという感じになって、うん。

だから、その時に、あの一、何ていうのか、肉体的っていうか、物質的な人間と

いう以外のものがあるって、それで人間はつながってるんだということが、あの一、なんか信じられるようになって。で、あの一、お盆のときとかね、あの一、僕の所にも母の所にも夢に親父が出てくるわけですよ、うん。ああ、やっぱり返ってきたんだとかね、思ったりとか。

A氏は人間には魂があるということを信じるようになり、父の供養をしたいという気持ちが強まっていたところに、仕事上関わりのあった人から仏教系の宗教を紹介された。A氏はそこで、教会の時と『同じ失敗はしない、してはいけない』と思った。

理屈じゃないだろ、うん。で、あの一、子どもが親を信じるように、あの一、無条件に受け入れることだろうと思ったんですよね。で、その紹介してくれた人を先ず信じることだと。で、この人は、自分のためにならない、信仰上のね、自分のためにならないことは言わないし、求めないだろうから、この人の言うとおりにしていこうということから始まって、とにかくなんでも「はい、はい」って信じていくわけですよ。

A氏はそこで、自分が「良心」という言い方で求めていたものが仏教の仏性につながっていたと感じたこと、仏陀という「人」が「ああでもない、こうでもないっていろんな修行をしながらたどり着いた考えでいたことに安心した」という。

人が人を救えるということ。で、人と人がつながっていける可能性は失われていないということ。その2つがあったので、あの一、これは信じていいなと思ったんですよね。で、あの一、それなら、信じようと思ったんです。

A氏は、半年毎日、朝夜お経を唱えていると、変なもので信じてくる、不思議だが、自分の心境が変わってきたと言う。それは、「絶対で、逃げ隠れもできない、絶えず超越的な視点を自分に差し向けている」ことであり、装おうということができない中では、「自分を変えて下さい、あるいは、努力しますから変えられるように助けて下さい」といった心境の変化だったという。その中で、委ねるという対象が自分にも与えられたと述べた。

A氏にとって、今の「偉大な力」は“仏様”、つまり、個々の持っている仏性が育ってい

った1つの形であると述べる。今は、「偉大な力」に守ってもらっているという感じであり、それは、『死なないで生きてこれたことや、そもそも人として生まれてきたということへのありがたさみたいな感じ』だという。

#### 参加6年後（2014.1） A氏「信仰をもつ生活を経た時期」

A氏は、なぜ自分にとって、ステップ7「私は、決心します。…私は、私を超えた偉大な力（パワー）に自分の人生を委ねる決心をしました。今までの自分をありのままに委ねます。そして、私は、私自身が、深いところで変えられることを願います」が難しいものであったかが信仰をもって分かったという。A氏は「決心」の前向き・積極的、「委ねる」の弱々しい・消極的なイメージが相容れないもののように感じ、そして、「委ねる」ことは自分自身が抱えている問題や課題を棚上げしてしまうことにつながり、本来すべき努力や工夫を放棄してしまうことになりかねず、人生に対する姿勢として望ましいことではないと思っていたという。A氏は「回復」に最も必要なのは努力だと思ってきており、『努力を続ける「決心」はできても、（超越的なものに自分を）委ねる＝（信じる）ことを「決心」する気持ちにはなれなかった』と振り返る。しかし、信仰をもっている、生きていく上で困難なできごとや災いに出会うなかで、信じ続ける、信じることを諦めないこと、それには繰り返しあらたにする「決心」や「覚悟」が必要になる・・・このことが分かって「決心」が「委ねること」に結びついていることが理解できたという。

**超越的なものに「委ねる」ことは、けっして弱々しい消極的な姿勢ではなく、苦しみ多い人生を生き抜くしなやかで強い心の在り方なのだということが分かってきたのです**

A氏は、「信仰は、幼い頃の母親の絶対的・超越的存在と同じように、恐れるほどに超越的・絶対的であるがゆえに、安心感がもたらされ、この慈悲の懷にいれば、きっと幸せになれる・・・」という思いがあると述べる。

そして、SAメンバーに対してステップ7は『信仰を持つまではゆかないとしても、自分の人生を厳粛にうけとめて、ひた向きに、大切に、生きる』そのような姿勢をもつことが必要であることを教えてくれているとA氏は理解している。

## （２）考察

A氏は、OSAの開始時点において「偉大な力」について懐疑的であった。しかし、ミーティングを経験する中での実感から、個々の自分の中の潜在的な力とそれがメンバー間では場の力として作用する、潜在的な力（可能性）としての「自分を超越る力」、つまり「内的次元」の超越性を「偉大な力」と理解した。そうして、ステップとの整合性をつけ、「外的次元」の超越者の存在を否定はしないが、なくてもやっていけるという態度を固持しながらSAに参加していた。

A氏が自己の存在の危機に直面したのは、彼が病気を発症後、「人を信じたい」と願い、教会を訪れていた時であったと考えられる。彼が、2012年に「自分の限界を超えていなければ、すんなりと・・・」と述べていたように、リカバリープロセスの中で、他者への信頼を取り戻してきていたA氏には「外的次元」の超越者に「委ねる」積極的な理由はなく、また、救われたいと求めていった教会（＝神）に拒絶されたという経験からは、「偉大な力」への懐疑心もあり、「外的次元」の超越者に開かれる必然性はなかったのかもしれない。

しかし、そうした中で、偶然にも訪れた父親の病と死が、A氏が「外的次元」の超越性に開かれていく転機となっていた。「平安の祈り」に導かれ、とにかく自分ができることは一生懸命にやり、結果として迎える死は受け入れていくという態度と平静さの中で、A氏は「父の死」を迎えた。そのことは、A氏に「魂」の存在と「供養」を意識させることになり、結果、父の死から１年後にA氏を信仰へとむすびつけることとなった。A氏はこの人（A氏を仏教系の宗教を紹介し信仰に導いてくれた人）の言うことならと「人」を信じ、「仏教」を信じ、「委ねる」対象を見いだしていった。

「自らが努力をする（そして、達成しなければならない）」という価値観は、子どもの頃から、父の期待に応えるべく培われたものであり、それをもって、精神病からの「回復」に取り組んできたA氏にとってはゆるぎない、まさにA氏が生きぬくことを支えた中心的価値、いわば信念といえるものであったといえる。実際、A氏は、努力し続ける能力を備えており、目標に向かってコツコツと努力することで前進を続けてきた。治療を継続してきたこと、機関内GとSAに参加継続してきたこと、資格取得に向けて何度もチャレンジし就労に至ったこと、A氏のひたむきな努力があったからこそその回復の途であったことはA氏にとっても、そして筆者にしても事実であった。

A氏にとって、その価値をあげわたすともいえる、自ら、「外的次元」の超越者に「委ねる」ことを「決意」するには、他者との出会いや別れ、自分に向き合っていく場、そして

時間が必要であった。自らの「限界」や「弱さ」を受け入れることは、常に「受け身」であることに晒されることであるが、その自覚をもって、A氏は超越者との関係を回復した。

## VI 全体的考察

### 1. A氏のスピリチュアルな成長

本研究では、「自己に向かう」「他者とのつながり」「自分を超越するもの（超越者）とのつながり」の3つの視点からA氏の「スピリチュアルな成長」のプロセスを明らかにしようとした。A氏の手記やインタビューでの語りは、同じ出来事が新たな体験を経て、あるいは時間を経て語りなおされていく中に、A氏の認識や行動の変化のプロセスが捉えられたと考える。それは「自己に向かう」では、「自己と向き合い、自己をいとおしむ」、「他者とのつながり」では、「他者を信じ、他者につながる」、そして「自分を超越するもの（超越者）とのつながり」では、「超越者を信じ、自己を委ねる」というプロセスであったといえよう。自己に向かい、他者につながるプロセスに関しては、機関内G時代においてもA氏は自己肯定感を育み、他者との関わりの中で信頼関係を取り戻してきており（「SHG参加以前のA氏」）、そのプロセスを辿ってきていたといえるが、SHGという場で、病気や障害だけではなく人としての「限界」や「弱さ」に向き合う機会を得たことで、自己と他者の存在次元に接近する深化のプロセスが見られたと考えられる。また、超越者につながるプロセスに関しては、12ステップのSHGという場（SA）になったからこそA氏の中で意識化され志向されていった変化であったと指摘できるだろう。分析においては3つの視点として捉えたが、これらは厳密に切り離して捉えられるようなものではなく、自己認識の深化のプロセスにおいては他者が必要とされ、他者との関係性の深化においては自己認識の深化と超越者が必要とされ、超越者との関係の深化においては自己認識の深化と他者との関係性の深化が重なり、そして自己認識をさらに深めながら今を生きるという一連のA氏の変化でもあったといえ、それぞれのそして全体のその深化のプロセスがA氏のスピリチュアルな成長であったと考える。

そして、インタビューを重ね、語られてくる中で見えてきたものは、そのプロセスの根底が「人を信じたい」というA氏の切実な生への希望であったということである。統合失調症という病いによって直面した「人を信じられない」という人生の危機の中で、彼が救いを求めたところは教会（神）であった。そこで救われることなく絶望し、「死」をも意識

する中で、再び「自分」を信じ、「仲間」と「人」を信じる歩みの中で、A氏は超越する他者に開かれた。そして、その先に、A氏は信仰として「宗教」をもつに至った。

機関内Gを担当していた当時の筆者には、A氏の奥底に抱えた痛み、病によってもたらされた、この現実社会での生を揺るがすまでの他者（神を含む）への信頼を喪失した深い孤独感が、A氏のリカバリープロセスの原点、つまり「スピリチュアルペイン」であったということが見えていなかった。というよりは、表面的にしか認識できていなかったといえよう。しかし、彼のこの15年にわたる機関内G、SA、そして友人、家族、主治医や筆者を含む専門職とのかかわり、学業や就労での経験の中に埋め込まれていた語りから、筆者が理解したことは、A氏にとってのリカバリープロセスは、「信じる」ことの模索の旅であったのではないかということである。ならば、A氏のスピリチュアルな成長において絶対的な超越者への開けは必然であったのかもしれない。

## 2. A氏にとっての回復

「自己」「他者」「超越者」それぞれとの関係性において、相互に影響しあうことでA氏のスピリチュアルな成長は進展した。では、そのA氏にとっての現時点（2014.2）での回復とは何を意味しているのか。以下に記す。

・・・「自分を改めて振り返ってみると、偶然の幸運によって、薬で症状が緩和されたり、さまざまな人からの支援を得られたりして、育てていただけた。もちろん僕の少しの＜努力＞や＜工夫＞はあったものの、僕の病気の当事者としての成長には幸運が作用している部分が多い。先輩面がゆるされるほど立派なものではないという思いが強まってきました。それで、病気の仲間を見る視点を平らな位置に置き直してみたのです。症状の軽い人、重い人、さまざまな人が同じ地平に立っているのが見えます。僕もそこに立っています。ここで改めて「回復」を考えてみます。僕たちは＜幸せ＞になるために人生を歩んでいます。何をもちつて＜幸せ＞とするかは人それぞれでしょう。歩むペースも人それぞれです。従つて「回復」という過程も人それぞれで、一概に定義できるものではないと思います。ただ、一度の人生を歩むのですから、その歩みは自分への＜いとおしさ＞に満たされたものであってほしい。＜こんな生き方をしている自分はいいな＞と思えるように生きてほしい。この＜自分へのいとおしさ＞を感じるこつが、その人の人生を＜その人らしい＞彩りで輝かせるのではないかと思うのです。人の真似でもなく、人との比較でもない。＜その人らし

い>歩みが、「回復」という過程そのものであると思うのです。

では、どうすれば自分への<いとおしさ>を育むことができるのか。僕には幸運にも SA がありました。8つのステップがありました。SA を実践すること・・・それはステップを繰り返し正直に自分を振り返り、自分を慈しむいとなみでした。これによって僕は自分への<いとおしさ>を感じることができるようになりました。(抜粋)

A氏は、これまで、自分が仲間を救おうとして、「ひたむきに、一生懸命に」「努力して」というメッセージを伝えていたことがかえって、仲間を追い込み、傷つけているだけかもしれないなかったという自己洞察を深め、上記の内容を記している。筆者が注目するのは、次の点である。A氏が「自分の回復には偶然や、幸運が作用している」という「他力」について、言及し、その上で、自分への<いとおしさ>に満たされていることが「回復」であると述べていることである。

A氏は機関内 G の経験においても、自分への<いとおしさ>を感じられるようになったと述べていたが、その意味するところは大きく変化したのではないかと考える。機関内 G での A 氏の<いとおしさ>とは、「doing」に価値をおいた自身の存在、仲間への<いとおしさ>であったといえる。SA において「究極的自己」を探し求め、そして、超越的他者に委ねるという生き方に至った A 氏が今感じている<いとおしさ>は「being」の存在としての自身と他者の<いとおしさ>ではないだろうか。筆者には機関内 G では揺らぐことがないだろうと思われた、また A 氏自身も「機関内 G のままでは、発症した頃のことを振り返ることはなかったと思う」という、A 氏の「doing」を重視した価値観は、SA をとおし、また、他者(超越的他者も含む)とのかかわりの経験の中に、その時がきて、「being」の価値観に転換したといえよう。

注 1) 妄想型分裂病 Paranoid schizophrenia — 世界中のほとんどの国で最も一般的な分裂病の亜型である。臨床像は比較的固定した妄想が優勢であり、通常、幻覚とわりわけ幻聴をともなう。感情、意欲、会話の障害、および緊張病性症状は顕著でない。最も一般的な妄想型の症状の例は以下のものである。

- (a) 被害妄想, 関係妄想, 高貴な生まれである, 特別な使命をおびている, 身体が変化したという妄想, あるいは嫉妬妄想

(b) 患者を脅したり患者に命令したりする幻声，または口笛の音，ハミング  
や笑い声という言語的な形態でない幻聴

(c) 幻臭や幻味，あるいは性的か他の身体的感覚的な幻覚，幻視が出現する  
ことはあるが，優勢となることはまれである。

思考障害が急性状態で明らかになることはあるが，その場合も，典型的な妄想や幻覚は明瞭に陳述される。感情は，通常他の分裂病亜型ほど鈍磨していないが，軽度の不調和はふつうにみられ易刺激性，易怒性，恐怖感，猜疑といった気分の異常として出現する。感情鈍磨や意欲減退のような「陰性」症状もしばしば現れるが，臨床像を支配することはない。慢性の例では，多彩な症状は年余にわたって持続しており，はっきりとしたエピソードを区別するのは困難である。発病は破瓜型や緊張型より遅い傾向にある。

World Health Organization(1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders clinical descriptions and diagnostic guideline. World Health Organization (=1993, 融道男・中根充文・小見山実監訳『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—』p100, 医学書院。

注2) 窪寺 (2000 : 34-36) は「関係の修復」を「和解」といい，それを「本来的自己存在」に戻ることであるともいう。そして，死の危機に置かれた患者は「自己との和解」「他者との和解」「絶対者との和解」「自然との和解」「時間との和解」の 5 つの関係の回復を求め始めるという。



## 第7章 「スピリチュアルな成長」とスピリチュアリティの視点をもった援助

本章では、まずA氏の「スピリチュアルな成長」プロセスを「自力」と「他力」の観点から整理し、統合失調症者のスピリチュアルな成長について考察を深める。その上で、A氏の「スピリチュアルな成長」プロセスと筆者らの援助、Schizophrenics Anonymous（以下、SA）の展開と支援から、スピリチュアリティの視点をもったソーシャルワークについて論考する。

### I スピリチュアリティの多義性と「スピリチュアルな成長」

本研究のスピリチュアリティの1つの視座として「問いのスピリチュアリティ」を置いた。その「問い」と「答え」の関係でみれば、A氏にとっての答えは、一言で言えば「仏様」という超越的他者であった。SAの場においては、ステップで「偉大な力」という一定の方向性が示されながらも、オープンに開かれていた「答え」であったが、林の議論から言えば、結果的にA氏の場合、その「答え」もスピリチュアルであったといえよう。また言い換えれば、A氏の「スピリチュアルな成長」と共に「問い」のスピリチュアルの深まりが示されたともいえるだろう。

前章では、A氏の「スピリチュアルな成長」をスピリチュアリティに関連した「自己に向かう」「他者とのかかわり」「超越者とのかかわり」の3つの視点から分析し、「答え」に向かう認識の変化を明らかにした。時系列に確認するとこれらの変化は、独立したものではなく、相互に影響し合い、折り重なりながら深化し、A氏の超越的他者（仏様）へ「委ねる」という生き方へと至ったと考えられる。西平（2007）は、『『靈性（大いなる受動性）』は自分の力を手放し、任せきることが出来たときに（他力に徹した時）、はじめてスピリチュアリティは成り立つ』という側面を指摘する。しかし、A氏は、この「答え」にかかる核心である「偉大な力に委ねる決心」を提案しているSAのステップ7を受け入れがたかったことを述べ、そこに「他力」と「自力」という相反する方向性が含まれていたからということを示唆した。また、「偉大な力」についても、自分を超越する「内的な力」と「外的な力（超越者）」の両側面での理解がみられた。そこで、改めて「委ねる」に至るまでのA氏の経験をスピリチュアリティにおける「他力」と「自力」との関係に焦点をあて整理し、プロセスとしての「スピリチュアルな成長」への考察を深める。

## 1. 「究極的自己」と「自力」

SA という場で、A 氏は、まずステップに誠実に向き合おうとした。窪寺（2008:23）は、垂直的關係がしばしば、「わたしの人生の土台となってわたしを支え、あるいはわたしの生存の枠組みとなって生を意味づけし、人生を方向づけする価値観を作っている」とし、その両極に「究極的自己（内的自己）」と「超越的他者（外的他者）」を位置づけているが、A 氏の探索はステップをガイドとし「内なる無限への欲求」といえる「究極的自己」へと向けられたのである。A 氏の SA 参加への焦点は、「わたし」の生存の枠組みを、過去から未来に開かれている一人の人間として、病気を抱えているかどうかに関係なく捉えなおしていくことにあったといえ、そこに抛り所がおかれた。窪寺（2004:27）は「日本人のスピリチュアリティが『わたし』が十分に意識されない傾向が強いので、『わたし』の意識を養って自己選択し、自己責任を負い、自己受容できるようにならなくてはならない」と指摘している。統合失調症を患うことは、まさに、自我機能の低下、自己信頼を揺らがせ、さらには、周囲の環境により、自己選択、自己責任といった主体性を奪い去られている状況にあることが多く、A 氏自身が、先ずは「究極的自己」を指向したのは、失われた「わたし」を取り戻す必要があったからだと考えられる。つまり、自律した「わたし」を意識する「自力」への志向である。野口（1996:113）は AA 参加者のミーティング参加への動機を「ただ自分自身のために参加し、自分が表現したいものを表現し、その結果を自分で引き受け、そうすることの心地よさを経験すること」と説明しているが、それは「わたし」を自分で見いだしていく「自力」の 1 つの形であるともいえる。A 氏も SA のミーティングの中で、同様の経験をし、その中で気づかされ、そして、自己をより深く理解していくことで、自分の内に「自分を超える力」があると感じられるようになった。

「究極的自己」の探索は意図的・意識的なものであり、西平（2007:82）は、この「霊性（実存性）」の探求の側面を、自らの工夫や努力を伴った人間的な向上を目指す求道心であると説明する。A 氏の場合は、元来の「自らが努力する」という価値志向が、実存性の探求の「自力」志向に一致したこともあり、スピリチュアルな成長のプロセスにおいて、「自力」での「究極的自己」への探求という側面が先行する形で、A 氏自身のその後の変化につながっていったと考えられる。

## 2. 「自力」と「他力」の間：水平軸の他者とのかわりの中で

一方で、こうした「自力」に伴う自己洞察の深まりは、仲間とのミーティングの場で成

り立つものであることが A 氏には実感されていく。ミーティングは、「言い放し、聴き放し」という形式によって、自分自身が本来の自己と出会うという、その内側に閉じてゆく指向性を本質的に保持する場となっていると考えられる。しかし、同時に、「仲間（水平軸に位置する）」という「他力」が、自力だけではたどり着けなかった「わたし」へと導いてくれることが実感される場にもなっている。自らが自らに向かって語り、聴く、そして気づくという探索行為は「自力」ではあるが、自分のその発見は、目の前の仲間（他者）の存在と共にでしか成り立たない深みであることを感じる。つまり「自分を越えた」仲間との場は、A 氏に他者の“存在（being）”を改めて確認させ、「他者とのつながり」の中に在る自己の存在、あるいは、「ただ他者として存在する」意味を浮揚させた。その認識は、仲間である「他者」のために、ただ正直に自分の体験を語る=自己を開くという行為へともつながっていった。

他方、ミーティングでの「自己」と「他者」への気づきや深い洞察、そして変化は、SA の場での「仲間」の関係性とは異なる、ミーティングを離れた生活の場での「他者（水平軸に位置する）」との関係性、関係性の中の「わたし」に劇的な変化を生じさせるわけではなかった。実際には、A 氏は資格取得における実習の中断や国家試験の挫折などを繰り返して、思い通りに進まない日々の中で、友人や父との関係における葛藤の現実を抱えながら今を生活していた。さらに、就職し、時間的・身体的に余裕がなくなっていく時期においては、「仲間」への思いさえも薄れていく状態にあり、友人との関係性の中で浮き彫りになったものは、誰しもがもつ自己への執着からの葛藤であった。自身のエゴイズムにむきあわざるをえない日々の状況の中で、A 氏は自身の拠り所である「自力」志向の価値と、「他力」を象徴するといえる「平安の祈り」の間で「問い」続けていたといえる。

### 3. 「超越的他者」と「絶対他力」

もう一方の極、「超越的他者」に A 氏が向けられたのは、臨終間際の父との交わりにおいて、魂を信じるようになったことであった。日本では先祖や亡くなった祖父母両親が「神的存在」となることも多いが（窪寺 2008:24）、特定の宗教を持っていなかった A 氏にとっても、父がその対象となった。霊性（実存性）は受けとる側の意識が何らかのスピリチュアルな次元に開かれる事によって初めて伝達されるような事柄であり、受けとる側の意識（主体）にこそ何らかの『転換』が必要になる（西平 2007:77）。この時点までの A 氏の「自力」での探索の意識下で経験されたこと一つまり、目にはみえない事柄（偉大な力）

を感じる、仲間を開かれる、人（仲間や他者）を信じる、自らの努力ではどうにもならない人の死を「変えられないもの」として受け入れるといった態度は、A氏（受けとる側）の意識の転換があった状態と考えられる。そして、それがスピリチュアルの超越（垂直軸）次元を開かれる彼自身の準備性（レディネス）になり、そこで偶然にもこの時期に直面することになった「父の死」により、A氏の意識が「神的存在」へと開かれるターニングポイントとなったのであろう。さらに、揺れながらも、開かれた「超越的他者」への志向は、絶対的他者である仏への信仰へとつながった。その中でA氏は「委ねる」という絶対的な受動性（絶対他力）を理解した。「委ねる」対象を得たA氏は、「死なないで生きてこれたということや、そもそも人として生まれてきたということへのありがたさ」そして、「守られている」感覚の中で、絶対的に「問われる」自分に反転した。

「問われる立場」に身を置いたA氏の「究極的自己」への探求の深まりは、苦痛を伴う自己の内面にむかう作業 — 友人（水平軸である他者）との関係の中にあった自分自身のエゴイズムを見つめなおし、その事実を受け入れることであった。

林（2006）は「問い」を深めていくことへの展望をフランクルの思想から論考しているが、フランクルの人生の意味をめぐる「コペルニクス的転回」と呼んだ思想において、問いのスピリチュアリティの立場は、徹底的に進められ、深められることになると述べる。つまり、自らを「問う者」から「問われている者」として自覚し直す、「問いのスピリチュアリティ」がいえば、「問われるスピリチュアリティ」へと変容するところにまで、「問い」の立場を問い直していく姿勢（林 2011:35）である。

A氏は、まさに日々の生活の中で「問い」「問い直し」続け、「仏」という絶対他力から「問われる者」となり、さらに「問い」を深め、現実社会での「仲間」や「他者」のそれぞれの固有の生を尊重し、他者とのかかわりを大切に生きようとしている。

#### 4. 統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長」

「自力」と「他力」を軸にA氏のスピリチュアルな成長のプロセスを捉え直した。スピリチュアリティの側面は、A氏個人の成長段階においても、その時々、さまざまな側面から捉えられるものであり、絶えず変化しているあらゆる関係性の中で顕れたものであったといえよう。しかし、A氏の全体性としては、ゆるやかではあるが、スピリチュアルな成長にともないよりまとまった存在、自己の内面と他者や環境と調和のとれた存在となったといえるのではないだろうか。

本研究は、A 氏個人の「スピリチュアルな成長」を事例とした論考であり、あくまでも一個人の固有の「スピリチュアルな成長」プロセスであり一般化できるものではない。だが、しかし、本研究から捉えることができた統合失調症者のリカバリーにおける「スピリチュアルな成長」とは、病気によって発現したスピリチュアルペインを日々の生活の出来事や他者とのかかわりの中で実存的・自覚的に問い続けることで、自己と他者（超越者も含む）とつながり、絶え間ない変化とともに、人の限界と有限性において、自己と他者、その存在を慈しみ生きていく日々の生とっていいのではないだろうか。

そして、A 氏のスピリチュアルペインは、統合失調症の発症から生じた「人を信じられない」という他者とのつながりの喪失、つまり関係性の痛みであり、そして「何を信じればいいのか」という自己の存在を揺るがす痛みであった。統合失調症という病気において、多くの者が根底にこれらのスピリチュアルな痛みを抱える存在であると捉えるのなら、リカバリーにおいて、なによりも必要とされるのは、その人の「スピリチュアルな成長」を「信じる」他者の存在であるのではないだろうか。

## Ⅱ スピリチュアルな視点をもった援助

### 1. 変容の過程としてのソーシャルワーク実践

人々のウェルビーイングを、個人的にも集団的にも促進するようなものは何でも、実践者がそのことを自覚し、意図しているときには、スピリチュアリティに配慮しているといえる。しかも、実践者はクライアントにそのことを明確に話している必要はない – そうするかどうかは、クライアントのいちばんの関心事を反映して決められるべきである。むしろ必要とされるのは、人間の能力と可能性に関して、スピリチュアルなビジョンを明確にもっていることである（Canda & Furman=2014:467）

Canda らの考えにそって言えば、実践者であった筆者が本研究に着手したときには、スピリチュアルに配慮した実践を行っていたといえそうだ。それは、A 氏の成長と変容の、そして、SA という SHG の場の可能性にビジョンをもっていたからである。なぜ A 氏と SA にスピリチュアルなビジョンを持っていたのかは、筆者が依存症のソーシャルワーク実践における回復者と SHG とのかかわりの中で、人間の変化の可能性と SHG のもつ力を教えてもらっていたからといえる。しかし、成長と SA という SHG の場のスピリチュ

アルなビジョンを明確にもっていたわけではなく、それをA氏の歩みとともに探索したのが本研究であった。本研究は、Carroll のスピリチュアルな発達の視点を組み込んだホリスティックモデルを1つの視座として、SAに参加するA氏の変化を捉え、「スピリチュアルな成長」プロセスを記述し検討した。そこで、ここではCanda ら (=2014) が儀礼研究を引き合いに出しながら提示している治療的変容の概念モデル (図 7-1) を参照し、A 氏の変容と筆者らの援助について考察する。

準 備 (治療以前の 急降下する出来事)	分 離 (正式な援助 への参入)	流 動 (ダイナミック な変化)	終 結 (再統合)	結 合 (セラピー後 の人生)
援助を求め、治療を期待する動機を引き起こすような人生上の中断、あるいは、前向きな目標	現状からの分離、援助過程への参入	期待や変化の可能性が最大になる、境界の段階	状況の改善を伴う再構成、現在進行している人生に変化を統合する計画、援助過程の終結	変化が、現在進行している人生や関係に統合されるにつれ、創造性が増し、成長が継続する
「崩れていく」	「ばらばらになる」	「こちらでもない、あちらでもない。どっちつかず」	「立て直す」	「やっと落ち着いた」
混沌とした不安感、あるいは、人生の変化を求める抗しがたい欲望	保護的秩序	創造的混沌	創造的秩序	混沌と秩序が継続的に創造的なバランスを保っている
自然発生的	正式な援助過程			自発的

図 7-1 治療的変容の概念モデル (Canda=2014:469) 筆者一部加筆 ( ) の部分

この概念モデルでは、治療的変容の過程が5つの局面に分けられており、ソーシャルワーカーは、この変容の流れにそって、援助を展開していくことが期待される。なお、ここでの「治療的変容」とは、人々が、自分自身、他者、地球、宇宙、存在の基盤そのものとの関係において、全体性へと向かって動いていく変化のこと、「変容」とは、意味深長で、比較的急速な、状況の変化を意味している。このモデルにA氏を当てはめてみると図 7-2 のようなスピリチュアルな成長、そして変容の過程をたどったといえよう。本研究では、実践における「分離」から「流動」への移行においてSAを創り出す援助を、「流動」の時期は、SAグループの発展を側面的に援助した。その中で、A氏は自ら変化していった。「流動」「終結」の移行の時期は、直接的には何もしないことを援助とした。言葉を換えれば、積極的に「待つ」ことを援助とした。これは、A氏自身の変容の流れに任すということであった。そして、結果としては、援助とは関係なく起こった出来事(父の死)が、「終結」への移行を促進した。現在のA氏は、地元でのSA活動を続け、自らの体験を活かし創造

的な新たな仕事に取り組み始めており、「結合」の時期に入っているといえ、専門の援助者に頼る必要はなくなっている（服薬はしているので、定期的に受診はしている）。

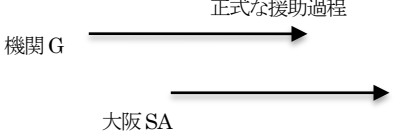
準 備 (治療以前の 急降下する出来事)	分 離 (正式な援助 への参入)	流 動 (ダイナミック な変化)	終 結 (再統合)	結 合 (セラピー後 の人生)
発病し、人が信じられなくなる。	クリニックを受診、定期的な通院、機関内 G に参加する。他者への信頼を回復する。	べてるに行き衝撃を受ける。SA を知り、自ら立ちあげる。将来の職に向けて勉強する。OSA から離れる。	信仰をもち、SA と日々の生活との調和、自己、他者との関係の調和。	自らのリカバリー・SA の体験を他者に伝える。新たな学びや目標にむかう。
「崩れていく」	「ばらばらになる」	「こちらでもない、あちらでもない。どっちつかず」	「立て直す」	「やっと落ち着いた」
混沌とした不安感、あるいは、人生の変化を求める抗しがたい欲望	保護的秩序	創造的混沌	創造的秩序	混沌と秩序が継続的に創造的なバランスを保っている
自然発生的	<div style="text-align: center;">           正式な援助過程   </div>			自発的

図 7-2 A 氏の治療的変容の過程

一方、Canda らが「実践者はクライアントにそのことを明確に話している必要はない」と上述しているように、本研究においても最初から直接的に A 氏とスピリチュアリティの話題についてとりあげることはしていない。しかし、スピリチュアリティへの関心をもっていた筆者やクリニックの PSW、SHG への深い理解をもった主治医らと共に、SA について話すこと、SA の為に一緒に行動すること、そして、インタビュー調査が、A 氏への問いかけ（「偉大な力」をどう理解しているかは最初から直接的に問いかけている）、また、語り直しの場となって、そのこと自体が潜在的な援助となっていたといえるのだろう。

その中で、成長と変容の実際は、援助者の関与の及ばない、学ぶ、働く、人との関わりをもつといったごく日常の生活空間と時間で起こってくる様々な出来事の中に、SA という自己を語り、仲間とわかちあい、「偉大な力」に触れる“場”を得ることによって引き出されたものであり、A 氏自身が自らの生を創造していったということになるだろう。A 氏自身のスピリチュアルな成長において至った、自分を超越する偉大な力（仏様）に委ねるという生き方は、最終的に援助とは関係のない父の死や宗教との出会いによって可能となったと考えられるが、A 氏自身、それは SA という仲間との場があり、そこでステップをとoshi

て、自らの限界と課題を認識していたこと、さらに、ステップ7が越えられない、つまり「委ねる」という問いを与えられていたが越えられない自分があったからこそ、そこへ至ることができたと捉えている。逆説的だがA氏にとっては越えられない自己に気づいたからこそ超えていけた（志向された）他者（垂直）次元であったといえる。SA自体は援助の場でもなく、生活の中においてもA氏の一部でしかない。しかし、自らを「問い」続けることを促される、また、価値志向を生み出す土壌になっているSAという場が存在したからこそ、A氏は回復に取り組み続ける中でスピリチュアルに成長したといえるだろう。

スピリチュアリティという人間の根源性へのアプローチは、まさに「生の過程」に関わろうとすることである。であるから、Candaら(=2014:468)は、変容的な実践においては、挑戦や危機を、成長のための機会と見なすが、スピリチュアリティに配慮したソーシャルワーカーは、クライアント自身や、その人の文脈のうちに本来備わっている成長の可能性を支援するような仕方で援助をおこなうと主張する。川田(1977)はソーシャルワークが介入しようとしているのはまさに本流としての「生の過程」に向かってであると述べているが、今、それはわれわれの前にスピリチュアリティとして表現され、そこに介入していく道筋が模索されているといえる。スピリチュアルなビジョンをもつからこそ、「ソーシャルワーク介入は、本来、望ましい変化をクライアントの『生の過程』に生じさせることを直接目的とするものではない」、「どの局面においても価値は同じ、という前提に立つとき、ソーシャルワーク介入は、クライアントが自らの生をいかに創造していくか、その選択と決断の時を共にすることにとどまるのだ」という認識の重さ(川田1977)を、改めて、ソーシャルワーカーが注意深く受け止め、自らの「援助の過程」を問うていく謙虚さがもめられるのであろう。

## 2. SAの支援の方向性

本研究は、本邦の文化や現状の実践を顧みたとき、SAという場が地域で展開されていくことが統合失調症者への実践的なスピリチュアリティの視点をもった援助の1つになるのではないかと考え、実践を伴うかたちで進めてきた。第5章での2つのSAグループの調査、またA氏の事例の検討からは、SAという場が「スピリチュアルな成長」を志向する場となっていることを示した。自らを「問い」続けることを促され、価値志向をうみ出す土壌となっていたSAは、いわばどう生きるのかという人の生き方の次元にかかわる場であり、その場自体は援助の枠をこえた空間であり、方法や手段と位置づけられるもので



はないだろう。また、スピリチュアルな成長は SA の場だけにあるわけではなく、家族や友人あるいは教会や宗教コミュニティといったその人の様々なつながりや場の中にあるといえる。しかし、統合失調症という病気の危機において、未だ病気を抱える当事者への偏見や差別が根強い社会の中では、同じ病気の仲間が集う場、そこで自己や他者とのつながりを語ることをとおし発見していくことがその人のスピリチュアルな発達に大きな意味をもつと考えられる。SA はそうした「場」として当事者にとっても、そして、また援助の限界をもつ援助者にとっても必要とされるのではないだろうか。

12 ステップのもつ普遍性により、AA が日本の各地で広がっていることから、SA も広く地域で展開されていく可能性をもっていると考えられるが、第 4 章で述べたような日本の SA の現状があり、実際、発展していくには専門家の理解と側面的なサポート（創設においては特に）が必要であろう。そこで、最後に先ゆくミシガン州における SA の発展から学び、日本における SA についての今後の展望と支援のあり方について述べる。

#### 1) ミシガンの SA とミシガン精神保健協会とのパートナーシップの展開

ミシガンの SA はミシガン精神保健協会（the Mental Health Association of Michigan :MHAM）とのパートナーシップのもとに発展してきた。Salem ら(2010)は、SA の展開と MHAM の 14 年間のパートナーシップに関する研究をまとめている。それによれば、SA は以下のようなプロセスを辿っていた。

SA は開始時において、MHAM のスタッフが MHAM の一室を会場として貸すことを提案したり、グループの宣伝のためのパンフレットの印刷代を MHAM が負担するといった支援を得ていた。開始 2 年間は 1 グループで、3 年～5 年目までに新たに 8 グループが誕生しており、この時期まで MHAM とはインフォーマルな関わりであった。そして、著名なファッション雑誌に SA 創始者のリカバリーストーリーがとりあげられたことから、新たなグループの開始とサポートの要求が増えた。SA 創始者とリーダーはそれに応えきれないとの判断し、MHAM にその役割を求めた。MHAM はその活動に必要な資金を得るため任意団体の SA にかわり助成金を得るようになり、6 年目に正式なパートナーシップを形作った。

以降、MHAM の関与と外的資金の増加により、より戦略的になり、グループは地理的に広がり、数も増大した（6 年目以降 51 の新たなグループが設立）。その一方で、施設や病院での開催が増え、専門家の関与、専門家のリーダーやコリーダータイプのグループが

増えた。また、中央グループ（のメンバー）とのつながりが失われていった。

12年目にはSAの組織構造が実質的に変化していた。組織的發展や運営管理における責任をMHAMが担い、その中でSAのリーダー達はMHAMのスタッフの支配を感じる状態になっていた。

そして、SAの組織的發展を支援するためにMHAMとスタッフメンバーによって設立されていた非営利団体NSFは2007年に財務上破綻し解散となり、2008年にSARDAA（Schizophrenia and Related Disorders Alliance of America）という賃金スタッフをもたない新組織がつくられ、現在はSARDAAのディレクターとSAリーダーによって、既存のSAグループへのサポートと外部への対応をしている。

Salem（2010）は、SAとMHAMは正式なパートナーシップ締結時に、SAが全てのプログラムを管理することなどを確認しあっており、両組織がパートナーシップを結ぶことがSHGとしてのSAの独立性を失う可能性があることに気づいていたと指摘する。さらに、その協同はSAの創始者とMHAMのディレクターの相互の信頼と尊敬に基づき、MHAMのスタッフもSHGの本質を理解して、協同の評価やフィードバックは開かれたものであったという。にも関わらず、このパートナーシップ関係がSHGの構造に大きな変化をおこしたという結果から、その環境が最も好ましいものであったとしても、SHGが専門的組織と緊密に協同するということは、危機とチャンスの隣り合わせであるということ学ぶ必要があると結論づけている。

そして、結局のところ、Salemらの調査時においては、①開かれた59のグループの半数が閉じられており、閉じられたグループは、全てMHAMとのパートナーシップ提携後の6年目以降に開始されたグループであった、②コンシューマーリーダーのグループは専門家が関与しているグループよりもかなり長らえている、③そして、最初の3年間は両グループの生き残る確立は変わらないが、それ以上になるとコンシューマーリーダーのグループが生き残る確立が大きくなっていた、という事実が明らかになっている。

## 2) 日本のSAの今後と支援のあり方

ミシガンでは、急激な組織拡大の中で、専門家主導や当事者と専門家の協同リーダー制をとるグループが増加し、専門家の関与が深まる路線が展開されていったが、そのことが本来のSHGとしての有り様を歪め、長期的視点でみるとグループの發展を阻害したといえる。その点においては、日本のSAグループは、グループの立ち上げに専門家の支援はあっても、開始されたミーティングや運営に専門家が直接的に関わることは控えられてい

た。そして、各グループはステップを基本としたミーティングを地道に続けることを軸において当事者主体、当事者運営を確立していき、SHG としての基盤が形成されていった。こうした展開から SHG として、また、12 ステップをモデルとしたグループとしては、ミシガンに比べ日本の SA はより着実な展開をしているとも考えられ、今後の発展も期待できるといえよう。

しかし、一方で、地域でのグループの広がり、メンバーの増加がみられないという課題は大きい。これについては、ミシガンのように、専門家との強力なパートナーシップ、グループへの関与は、一時的には組織の活性化や拡大を生み出すが、ほとんどの場合、最終的には SHG の在り様を揺るがすリスクにつながると筆者は考える。必要とされること（出来ること）は、専門家が SHG としての SA の本質を理解し当事者がリカバリーするための 1 つの資源として認め、クライアントにその情報の提供や紹介をすること、参加を促すことなどの側面的支援であろう。また、さらなる発展においては、それぞれの地域のグループの独立性を保ちつつ、グループ間の交流をとoshi、互いの経験や情報を分かち合い、緩やかなつながりと構造を構築していくことができれば、SA としての活性化につながるのではないだろうか。

ミシガンの SA を教訓に、支援者は SA の特徴、そして、疾患や障害に関係のない SHG の本質をしっかりと理解した上で関わらなければ、どのように良心的であったとしても、支援がグループにとっての脅威となることを十分に認識しておく必要がある。ミシガンの SA において支援者が AA の経験について学んでいたのかは不明であるが、当事者と支援者の両方が SHG の原点である AA の伝統や専門家との関係性から謙虚に学ぶことが、今後の SA のよりよい発展につながっていくと考える。

### Ⅲ 本研究の限界と課題

本研究での限界について述べる。まずは、仮説の限界である。

本研究では、SA という SHG の場が「スピリチュアルな成長」を促進する場であると仮定し、そして、そこに参加する統合失調症者のメンバーに「スピリチュアルな成長」が現れるという仮説を立てた。本研究の仮説の限界は、SHG をとおしての「スピリチュアルな成長」に焦点をあてたということである。本邦では精神保健福祉の臨床現場でスピリチュアリティに焦点をあてた実践も未知であったことから、現実的に検討可能な現象があり

得る場として、SHGのAAをモデルに作られたSAグループに着目した。そして、AAで提示されている「スピリチュアルな成長」を仮定し、SAという限定された範囲での「スピリチュアルな成長」の現象を捉えようとした。つまり、その結果は、SAでのスピリチュアルな志向性にそった「スピリチュアルな成長」プロセスを捉えたものと言える。「スピリチュアルな成長」は決してSHGの場がないと起こらないものではなく、本研究では限定された場の1つの「スピリチュアルな成長」の在りようを捉えているという点で限界がある。

次に研究の対象である。本研究はSAというSHGの場が「スピリチュアルな成長」を志向する場であるという仮説について2つの質的研究を実施した。これらは2つのグループのメンバーを対象としたが、対象者の数が少ないということが問題としてあげられる。また、どちらのグループにおいても参加してもコミットしていかなかったメンバーもあり、そうした参加者の認識については検証できていない。あくまでも結果はコミットしているメンバーの認識から抽出された結果であり、分析において収集されたデータの偏りが考えられる。一方、統合失調症者のメンバーにおける「スピリチュアルな成長」では、事例研究として1統合失調症者であるA氏のナラティブデータをもとに経過を取り上げ分析し、そのプロセスを明らかにした。事例であるからこそ、継続的にその詳細な変化を掴むことができたが、結果として、提示したA氏の「スピリチュアルな成長」プロセスはA氏固有のプロセスであるという限界があり、統合失調症者の「スピリチュアルな成長」プロセスとして普遍化することはできない。

最後に、方法と分析における限界を述べる。

本研究は、実際の援助とともに研究が並行しておこなわれ、筆者は大阪SAやA氏に援助者として研究者としてかかわった。当然、大前提として援助者としてのかわりが一義的であったが、一方で、研究としてSAが消滅する、あるいはA氏がSAから離脱するとはあってほしくないという筆者のエゴからくる援助への影響がなかったとは言い切れない。つまり研究の成果を求め本来すべきでない不要な援助をSAに対して行う、メンバーの意に反する援助をする、また、研究に見合う形にA氏を誘導するといった操作的なことをしてしまっていた可能性はある。この点に関しては、SAやSAメンバー、A氏がどのような選択をしてどのような方向に進んでいこうと、それを尊重していくという姿勢で、機関のPSWや医師にも意見を求めながら注意深く関わってきたつもりであるが、厳密には、こうした援助者と研究者としての筆者のかかわりを吟味し、SAやSAメンバー、A氏にどの

ような影響を及ぼしたかは検証できていない。また、参与観察ではないが援助者であるからこそ批判的な外側からの視点を失い、フィールドで共有されている見方を鵜呑みにしてしまうゴーイング・ネイティブ（Flick=2002:179）になっている場面や状況も考えられ、分析における解釈には限界があったと考えられる。また、信仰において特定の宗教をもたず、また実存を考える哲学に精通してもいない筆者が、スピリチュアリティのその本質と深さに迫ることに限界があったと考える。しかし、この点については、その立ち位置であったからこそ、宗教や哲学を基盤としない現場のソーシャルワーク実践をとりあげ、「スピリチュアルな成長」という視点からスピリチュアリティに迫ることができたともいえるだろう。

以上のように本研究は、仮説の設定、対象、そして、アプローチの方法において限定的で個別性が高いものであるということは否めない。

しかし、1事例ではあるが、そのものを客観的に捉えることは困難であると考えられる。「スピリチュアリティ」を「スピリチュアルな成長」として見据え、プロセスとして記述したことでスピリチュアリティに多少なりとも接近したことには意義があると考えられる。また、本邦では精神障害者のリカバリーにおいてもほとんど言及されることがないスピリチュアリティについて、病気によってもたらされたスピリチュアルペインを抱えた統合失調症者が、「自己」「他者」「超越者」とのつながりにおいて変化していく姿を示せたことは、病気や障害からの影響を超えて、その人にとって意味ある人生を送るようになるというリカバリーの様態に、スピリチュアリティが重要な要素であることが提示できたのではないかと考える。さらに、SA がスピリチュアリティを覚醒させ、成長を志向する場となりうることを示せたことは、援助者へ SA という SHG への知見を提供し、スピリチュアリティの視点をもった援助についての理解を深める一助となったのではないかと考える。

今後の課題としては、前述の限界も踏まえ次の3点があげておく。

#### 1. A 氏のさらなる成長についての記述と検討。

スピリチュアルな発達生涯続くと考えられている。A 氏の生が続くかぎり成長が続くとすれば、今後の生活においてあるいはライフステージにおいてどのような変化がおこるのかを探索することで、よりスピリチュアルな成長の全体と人の全体性を捉えることにつながると考えられる。

#### 2. 他の統合失調症者の「スピリチュアルな成長」プロセスの検証。

他の SA メンバーの成長プロセス、また、リカバリー志向の支援がされている他の

統合失調症の人々の成長プロセスを検証することで、さらにそれぞれに固有である成長プロセスの多様性と共通性を明らかにすることができると考える。

### 3. 他国の SA グループにおける「スピリチュアルな成長」についての検証。

文化的宗教的背景の異なる、また「ステップ」の違いがある他国の SA において、スピリチュアリティがどのように捉えられているのか、どのような成長プロセスがみられるのか、本研究の結果と比較することで、本邦の SA の特徴をより明らかにできると考える。

こうした研究の各々の積み重ねによって、さらなるスピリチュアリティの多様性とその本質に迫ることができるのではないだろうか。そして、その知見から得たスピリチュアルなビジョンをソーシャルワーカーが手がかりとして、人生に絶望している人々のそれぞれのリカバリーを信じ、支えることができるものと考ええる。

## 謝 辞

本研究は、多くの方々の協力と支えがなくては書き上げることはできませんでした。まずは、この10年間に数度のインタビューに応じ、そして、個人的な人生の語りを研究という形で公表することについて快諾くださったA氏に心より感謝を申し上げます。A氏でなければ、A氏の語りと表現がなければ本研究の成果を提示することはできませんでした。また、A氏の回復していく姿に援助者として励まされ、研究の進捗を心配してくださる言葉で（なぜか筆者の心が折れそうになっている状況や研究が行き詰まっている時にかぎってA氏からの連絡がありました）、なんとか本研究も最後までたどり着くことができました。そして、インタビュー調査に協力いただいたSAのメンバーの方々にも厚くお礼申し上げます。大阪、浦河、苫小牧、札幌、奈良のどのグループのメンバーも快く調査に協力くださり、率直に貴重な体験を語って、筆者に学びを与えて下さいました。さらに、今は亡き2名のAAメンバーの方が、筆者の考えを理解して、大阪SAの立ち上げをここから応援してくれたことは忘れることができません。ありがとうございましたと伝えたい。

また、浦河での調査にあたっては、べてるの家の関係者の方々に多くのご協力いただき、SAやスピリチュアリティについての示唆をいただいたことが、大阪での実践の糧となりました。深く感謝申し上げます。

指導教授である芝野松次郎教授は、スピリチュアリティというテーマをあげた筆者の博士課程後期課程での研究の機会を与えて下さいました。そして本論文をまとめるにあたり、適確なご指導と遅々として研究の進まない筆者を最後まで、励まし、あたたかく見守って下さいました。心より感謝申し上げます。

博士学位論文の審査を担当していただきました関西学院大学の藤井美和教授と福井県立大学の大森晶夫教授には、大変お忙しい中、副査を快くお引き受けいただき心よりお礼申し上げます。藤井先生には、長年のスピリチュアリティの研究からの貴重なアドバイスと執筆についての丁寧なご指導をいただきました。大森先生には、精神科医療の視点からのご意見をいただきました。また、お二人の先生にも励ましをいただき、本論文を書き上げることができたと感謝の念にたえません。

新阿武山クリニック元所長の平野建二先生には、就職して以来、患者さんや当事者と向き合う援助者の姿勢、医療の役割と限界、現場で大切なことを実践をとおして教示いただき、PSWとしての筆者を常にあたたかく見守って下さりました。博士課程の進学に際し

ても、本研究のテーマを伝えと、それなら応援すると後押しをして下さり、本研究を進めていくことができました。そして、クリニックで同僚の貴村知子 PSW には、この 10 年間、共に実践に取り組み、実践と研究の両面において一番の理解者となり側で筆者を支えていただきました。西川京子 PSW には研究に取り組み続けることを教えていただき、励まし続けていただきました。本研究のテーマには、元職場である新阿武山クリニックの場と、そこで筆者に学びを与えてくださる当事者の方々がいなければ、決して取り組むことができませんでした。深謝の意を表します。

研究に行き詰まり、本研究の継続を諦めそうになったことも幾度とありましたが、芝野研究室で共に学んだ同期、先輩後輩のみなさま、そして福井に来てからは、修士課程時代に共に学んだ奥西栄介先生、木村多佳子先生の支えがあつて、曲がりなりにも博士論文としてまとめることができました。皆さんに心よりお礼申し上げます。



【引用・参考文献】

- AA (1979) Alcoholics Anonymous, Alcoholics Anonymous World Services Inc. (=2000, AA 日本出版局訳編『アルコールリクス・アノニマス』NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO))
- AA (2001) Alcoholics Anonymous, Alcoholics Anonymous World Services Inc. (=2002, AA 日本出版局訳編日本語翻訳改訂 2 版『アルコールリクス・アノニマス-無名のアルコールリクたち- (個人の物語付き)』NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO) )
- AA (1957) Twelve step and twelve traditions, The A.A. Grapevine, Inc and Alcoholics Anonymous Publishing. (=2001, AA 日本出版局訳編『12 のステップと 12 の伝統』改訳版. NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO) )
- AA (1967) As Bill sees it, Alcoholics Anonymous World Services Inc.(=2003, AA 日本出版局訳編『ビルはこう思う』NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO) )
- AA (1973) Came to Believe, Alcoholics Anonymous World Services (=1996, AA 日本出版局訳編『信じるようになった』NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO))
- AA (1990) Comes of Age: a brief history of AA, Alcoholics Anonymous World Services Inc. (=1990, AA 日本出版局訳編『アルコールリクス・アノニマス 成年に達する-AA 小史』NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO) )
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth ed. (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (2000) Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-IV-TR, American Psychiatric Association. (高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訳版』医学書院.
- 安藤治 (2007) 「現代のスピリチュアリティ その定義をめぐって」安藤治・湯浅泰三編『スピリチュアリティの心理学』せせらぎ出版, 11-34.
- 安藤泰至 (2005) 「越境するスピリチュアリティー諸領域におけるその理解の開けへ向けてー」『宗教研究』80(2), 293-312.
- 安梅勅江 (2001) 『ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版.
- Anthony, W. A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.

(=1998, 濱田龍之介訳「精神疾患からの回復：1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』2(2), 145-154.)

Beeble, M. L. and Salem, D. A. (2009) Understanding the phases of recovery from serious mental illness: The roles of referent and expert power in a mutual-help setting, Journal of community psychology, 37(2), 249-267.

Bellamy, C. D., Jarrett, N. C. and Mowbray, O., et al. (2007) Relevance of spirituality for people with mental illness attending consumer-centered service, Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(4), 287-294.

Bussema, K., and Bussema, E. (2000) Is there a balm in gilead: The implications of faith in coping with a psychiatric disability, Psychiatric Rehabilitation Journal, 24(2), 117-125.

Bussema, K., and Bussema, E. (2007) Gilead revisited: Faith and recovery, Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(4), 301-305.

Canda, E. R. (1988) Spirituality, religious diversity and social work: Insights from diverse perspectives, Social Casework, 69(4), 30-46.

Canda, E. R. and Furman, L. D. (1999) Spiritual diversity in social work practice: The Heart of helping, New York The Free Press.

Canda, E. R., Nakashima, M. and Furman, L. D. (2004) Ethical considerations about spirituality in socialwork: insights from a national qualitative survey, Family in Society, 85(1), 1-9.

Canda, E. R. and Furman, L. D. (2010) Spiritual diversity in social work practice: The Heart of helping, Second edition, Oxford University Press (=2014, 木原活信・中川吉晴・藤井美和監訳『ソーシャルワークにおけるスピリチュアリティとは何か-人間の根源性にもとづく援助の核心-』ミネルヴァ書房.)

Carroll, M.M. (1998) Social work's conceptualization of spirituality, Canda, E. R. ed. Spirituality in social work: New directions, Binghamton, NY: The Haworth Pastoral Press, Inc., 1-13.

Carroll, M.M. (2001) Conceptual models of spirituality, Transpersonal perspective on spirituality in social work, 20(1/2), 5-21.

Corrigan, P., McCorkle, B. and Schell, B., et al. (2003) Religion and spirituality in the

- lives of people with serious mental illness, Community Mental Health Journal, 39(6), 487-499.
- Deegan, P.E. (1988) Recovery: The lived experience of rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 15.
- Dorezote, D. C. (1995) Spirituality and religiosity: Neglected factors in social work practice, Arete, 20(1), 1-15.
- Dorezote, D. C. and Evans, K. E. (1995) Spirituality and religiosity in practice: In-depth interviews of social work practitioners, Social Thought, 18(1), 39-56.
- 江畑啓介 (2010) 「統合失調症の Recovery を巡って」 『日本社会精神医学会』 19(1), 4.
- Elikins, D. N., Hedstorm, L. J. and Leaf, J., et al. (1988) A humanistic phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement, Journal of Humanistic Psychology, 28(4), 5-18.
- Fallot, R. D. (1998a) Spirituality and religion dimensions of mental illness recovery narratives, New Directions for Mental Health Services, 80, 35-44.
- Fallot, R. D. (1998b) Assessment of spirituality and implications for service planning, New Directions for Mental Health Services, 80, 13-23.
- Fallot, R. D. (2001a) The place of spirituality and religion in mental health service, New Directions for Mental Health Service, 91, 79-88.
- Fallot, R. D. (2001b) Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery form mental illness, International Review of Psychiatry, 12, 110-116.
- Fallot, R. D. (2007) Spirituality and religion in: some current issues, Psychiatric Rehabilitation Journal, 30(4), 261-270.
- Fitchett, G. (1993) Assessing spiritual needs: a guide for caregiver, Mineapolis, MS : Augsburg.
- Flick, U. (1995) Qualitative Forschung, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, G, Re-inbec beiHamburg. (=2002 小田博志他訳『質的研究入門－“人間の科学”のための方法論』春秋社.)
- 藤井美和 (2000) 「病む人のクオリティオブライフとスピリチュアリティ」『関西学院大学社会学部紀要』 85, 33-42.
- 藤井美和 (2010) 「生命倫理とスピリチュアリティー死生学の視点から」 藤井美和・濱

- 野研三・大村英昭・他編『生命倫理における宗教とスピリチュアリティ』晃洋書房, 1-27.
- 藤井美和(2013)「人の苦しみとスピリチュアルペイン—ソーシャルワークの可能性—」『ソーシャルワーク研究』38(4), 224-238.
- 深谷美枝(2013)「『スピリチュアリティを志向する援助』の鍵概念をめぐる一試論—スピリチュアリティかスピリチュアルペインか—」『明治学院大学社会学・社会福祉学研究』140, 127-148.
- Furman, L. D., Zahal, M. A. and Benson, P., et al. (2007) American and Norwegian social workers' views on spirituality in education and practice: An international comparison, Family in Society, 88(2), 241-254.
- 玄東和・張堅徳(2005)「スピリチュアリティと精神療法—希死念慮へのアプローチを中心に—」『こころの臨床 a・la・carute』24(2), 185-188.
- Gilibet, M. C. (2000) Spirituality in social work group: Practitioners speak out, Social work with Groups, 22(4), 66-84.
- 後藤雅弘(2010)「<リカバリー>と<リカバリー概念>」『精神科臨床サービス』10, 440-445.
- 橋本美枝子(1998)「AAにおけるハイヤーパワー概念の意義」久保紘章・石川到覚編『セルフヘルプグループの理論と展開』中央法規.
- 橋本直子・横山登志子(2006)「統合失調症者の「病い」の認識変化プロセスに関する質的研究」『精神保健福祉』37(4), 431-436.
- 橋本直子(2010)「リカバリーにおけるSAの役割—スピリチュアリティの視点から—」『精神保健福祉』41(1), 51-57.
- 林貴啓(2006a)「問いのスピリチュアリティ」から幸福を問う」『先端社会研究』4, 49-70.
- 林貴啓(2006b)「問いのスピリチュアリティ」からの教育」『死生学研究』7, 480-461.
- 林貴啓(2007)「スピリチュアリティにおける「問い」と「答え」「問いの位相」からみえてくるもの」安藤治・湯浅泰雄編『スピリチュアリティの心理学』せせらぎ出版, 109-122.
- 林貴啓(2011)『問いとしてのスピリチュアリティ—「宗教なき時代」に生死を語る』京都大学学術出版会.
- 平野かよ子(1995)『セルフ・ヘルプグループによる回復—アルコール依存症を例として』川島書店.
- Hodge, D.R. (2004) Spirituality and people with mental illness: Developing spiritual

- competency in assessment and intervention, Family in society, 85(1), 36-44.
- Hoffer, A. and Saul, A. W. (2009) The vitamin cure of alcoholism, Basic Health Publications, Inc.
- 今道裕之 (1996) 『アルコール依存症 関連疾患の臨床と治療 第2版』創造出版.
- 今道裕之 (2005) 『ころをばぐくむ アルコール依存症と自助グループのちから』東峰書房.
- 今村由香・河正子・萱間真美・ほか (2002) 「終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討」『ターミナルケア』12, 425-434.
- 岩田泰夫 (1997) 『精神分裂病者のセルフヘルプグループの設立と運営に関する調査研究報告書』平成6年度～平成9年度文部省科学研究補助金(基盤研究(A)(2)) 研究成果報告書.
- Joseph, M. V. (1988) Religion and social work practice, Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work, 69, 443-452.
- Kahanl, F. H. (1977) An unusual gathering-1968, Orthomolecular Psychiatry, 6(1), 50-62.
- 梶尾直樹 (2010) 『スピリチュアリティ革命ー現代霊性文化と開かれた宗教の可能性』春秋社.
- 葛西賢太 (2002) 「正直であること、仲間とあることー「飲まない生き方」を分かち合う共同体へ」梶尾直樹編『スピリチュアリティを生きる』せりか書房, 13-27.
- 葛西賢太 (2007) 『断酒が作り出す共同性 アルコール依存からの回復を信じる人々』世界思想社.
- Katz, A.H(1993) Self-Help in America: A social movement Perspective, Twayne Publishers, an imprint of Simon & Schuster Inc.(=1997, 久保絃章監訳『セルフヘルプ・グループ』岩崎学術出版社.)
- 河正子 (2005) 「わが国緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルペイン」『死生学研究』5, 48-82.
- 川喜田二郎 (1967) 『発想法・創造性開発のために』中央公論社.
- 川喜田二郎 (1967) 『続・発想法』中央公論社.
- 川田誉音 (1977) 「ソーシャルワークの過程ー「生の過程」と「援助の過程」」『四国学院大学論集』39, 95-118.

- Kehoe, N. C. (1998) Religious-issues group therapy, Fallot, R. D. ed., Spirituality and Religion in Recovery from Mental Illness, 80, 45-55.
- 木原活信 (2003) 『対人援助の福祉エートス』 ミネルヴァ書房.
- 木村真理子 (2003) 「リカヴァリを促進する精神保健システムー専門職と当事者のパートナーシップを求めて」『精神保健福祉』 34, 309-314.
- 木村真理子 (2003) 「リカバリーとリカバリー指向のケアシステム」『精神科臨床サービス』 10, 434-439.
- Kleinman, Arthur (1988) The illness narratives. (=1996, 江口重幸・五木田紳・上野豪志訳『病いの語り 慢性の病をめぐる臨床人類学』 誠信書房. )
- 貴村知子・橋本直子 (2010) 「専門職と SHG の関係性を考える-OSA との関わりをとおして- (第 9 回精神保健福祉学会大会発表報告)」『精神保健福祉』 41(3), 182-183.
- Koenig, H. G. (2008) Medicine, Religion, and Health Where Science and Spirituality Meet, Templeton Foundation Press. (=2009, 杉岡良彦訳『スピリチュアリティは健康をもたらすか 科学的研究にもとづく医療と宗教の関係』 医学書院. )
- 久保紘章 (1998) 「セルフヘルプグループとは何か」 久保紘章・石川到覚編『セルフヘルプグループの理論と展開』 中央法規.
- 窪寺俊之 (2000) 『スピリチュアルケア入門』 三輪書店.
- 窪寺俊之 (2004) 『スピリチュアルケア学序説』 三輪書店.
- 窪寺俊之 (2008) 『スピリチュアルケア学概説』 三輪書店.
- 熊倉信宏 (2009) 『「甘え」とスピリチュアリティ 土井健郎、フロイト、空海、そして「私」』 新興医学出版.
- Kurtz, E.(2008) Whatever happened to Twleve-step programs?, The Collected Ernie Kurts, 145-176, Hindsfoot Foundation Series on Treatment and Recovery(New York:Authors Choice,2008; orig.pub.1999 by The Bishop of Books)
- Kurtz, E.(2008) Why A.A. works: The intellectual significance of Alcoholics Anonymous, The Collected Ernie Kurts, 177-228, Hindsfoot Foundation Series on Treatment and Recovery(New York:Authors Choice,2008; orig.pub.1999 by The Bishop of Books)
- Leibrich, J. (2002) Making space: spirituality and mental health, Mental Health, Religion and Culture, 5(2), 143-162.
- Lindgren, K. N. and Coursey, R. D. (1995) Spirituality and serious mental illness: A

- two-part study, Psychosocial Rehabilitation Journal, 18(3), 93-111.
- Lukoff, D. (1998) From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal root of the new DSM-IV category, Journal of Humanistic psychology, 38(2), 21-50.
- Longo, D. A. and Peterson, S. M. (2002) The role of spirituality in psychosocial rehabilitation, Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(4), 333-340.
- Mental Health Association in Michigan (1997) Schizophrenics Anonymous 5<sup>th</sup> printing, Mental Health Association in Michigan.
- Michigan self-help clearinghouse and California self-help center (=1996, 岩田泰夫 訳「アペンディックス 2 シキゾフレニックス・アノニマスの 6 つのステップと 6 つの原理」岩間文雄・岩田泰夫・中田智恵海訳, セルフヘルプ運動を広める会編『セルフヘルプ・シリーズ 5 セルフヘルプグループを始める人と支援する人のためのキット』全国精神障害者家族会連合会, 92-101.)
- Miller, J. S. (1990) Mental illness and spiritual crises: Implications for psychiatric rehabilitation, Psychosocial Rehabilitation Journal, 14(2), 29-47.
- Modesto, Kevin F., Weaver, A. J. and Flannelly, K. J. (2006) A systematic review of religious and spiritual research in social work, Social Work & Christianity, 33(1), 77-89.
- 向谷地生良 (2003) 「S・A (Schizophrenics Anonymous) の設立経過と実際」『精神科臨床サービス』3, 80-82.
- 向谷地生良 (2005) 「セルフヘルプ・グループの意義と専門家の役割ー「無力」と「弱さの力」の視点からー」『精神療法』31(4), 438-444.
- 向谷地生良 (2008) 『統合失調症を持つ人への援助論ー一人とのつながりを取り戻すために』金剛出版.
- 永見勇 (2003) 「スピリチュアリティとキリスト教」湯浅泰雄監修『スピリチュアリティの現在ー宗教・倫理・心理の観点』人文書院, 51-96.
- 西平直 (2003) 「スピリチュアリティ再考ールビとしての『スピリチュアリティ』」『トランスパーソナル心理学／精神医学』4(1), 8-16.
- 西平直 (2007) 「第 4 章 スピリチュアリティ再考ールビとしての「スピリチュアリティ」」安藤治・湯浅泰雄編『スピリチュアリティの心理学』せせらぎ出版, 71-90.
- 野口裕二 (2002) 『物語としてのケアーナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院.

- 野中猛 (2005) 「リカバリー概念の意義」『精神医学』47(9), 952-961.
- 野中猛 (2011) 『図説 医療保健福祉のキーワード リカバリー』中央法規.
- 大宮司信・村田和香(2003) 「精神医学とスピリチュアリティ」湯浅泰雄監修『スピリチュアリティの現在』人文書院, 160-186.
- O'Rourke, C. (1997) Listening for the sacred: Addressing spiritual issues in the group treatment of adults with mental illness, Smith College Studies in Social Work, 67(2), 181-196.
- 大谷京子 (2012) 『ソーシャルワーク関係 ソーシャルワーカーと精神障害当事者』相川書房.
- Ragins, M. (2002) A road to recovery, Mental Health Association in Los Angeles County. (=2005, 前田ケイ監訳『ビレッジから学ぶ リカバリーへの道』金剛出版.)
- Rapp, C, A. and Goscha, R, J. (2006) The strengths model case management with people with psychiatric disability, 2<sup>nd</sup> ed., Oxford university press. (=2008 田中英樹監訳『ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント 第2版』金剛出版.)
- Rebecca Gotterer (2001) The spiritual dimension in clinical social work practice: A client perspective, Families in Society, 82(2), 187-193.
- Revheim, N. and Greenberg, W. M (2007) Spirituality matters: Creating a time and place for hope, Psychosocial Rehabilitation Journal, 30(4), 307-310.
- Revheim, N, Greenberg, W.M, and Citorome, L. (2010) Spirituality, schizophrenia, and state hospitals: Program and characteristics of self-selected attendees of a spirituality therapeutic group, Psychiatric Q, 81, 285-292.
- Rothberg, D. (1993) The crisis of modernity and the emergence of socially engaged spirituality, Revision, 15,105-114.
- Ryback, Ralph S. (1971) Schizophrenics anonymous: Treatment Adjunct, Psychiatry in Medicine, 2, 247-253.
- Shafuranske, E.P.(2000) Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. Psychiatric Annals, 30(8), 525-532.
- Salem, D.A., Reischl, T.M., and Randall, K.W. (2000) Schizophrenics anonymous



- evaluation final report: Organization expansion and leadership development, Michigan State University.
- Salem, D.A, Reischl, T.M, and Randall, K.W. (2010) Helping mutual help: Managing the risks of professional partnership, Brown D.Louis eds. Mental Health Self-Help Consumer and Family Initiatives, Springer, 303-334.
- SARDAA (2009) What is schizoprenics anonymous ?  
(<http://www.sardaa.org/schizoprenics-anonymous/what-is-sa/>, 2009.1.20.)
- Sheridan, M. J., Bullis, R. K. and Adcock, C. R. et al. (1992) Practitioners' personal and professional attitudes toward religion and spirituality: Issues for education and practice, Journal of Social Work Education, 28(2), 190-203.
- Sheridan, M. J. (2004) Predicting the use of spiritually-derived interventions in social work practice: A Survey of practitioners, Journal of Religion & Spirituality in Social work, 23(4), 5-25.
- Shifrin, J. (1998) The faith community as a support for people with mental illness, Fallot, R.D. ed., Spirituality and religion in recovery from mental illness, 80, 69-80.
- Spaniol, L. (2002) Spirituality and connectedness, Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(2), 321-322.
- Stake, Robert E. (2000) Case studies, Denzin, Norman, K. and Lincoln, Y. S. Eds., Handbook of Qualitative Research, second edition, Sage Publications.(=2006, 油布佐和子訳「第 4 章事例研究」平山満義監訳『質的研究ハンドブック 2 巻 質的研究の設計と戦略』北大路書房, 101-120.)
- Sullivan, W. P. (1993) It helps me to be a whole person : The role of spirituality among the mentally challenge, Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(3), 125-134.
- Sullivan, W. P. (1998) Recoiling, regrouping and recovering: First-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness, New Directions for Mental Health Service, 80, 25-33.
- 鈴木大拙 (1972) 『日本の靈性』岩波文庫.
- 田中英樹(2004)「思想史としての精神障害リハビリテーション」『精神障害とリハビリテーション』8(2), 96-102.
- 田中英樹 (2010)「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』10, 428-433.

- 谷山洋三 (2008) 「仏教を基調とした日本的スピリチュアルケア論」 谷山洋三編『仏教とスピリチュアルケア』 東方出版.
- Taylor, Elizabeth J. (2002) *Spiritual care: Nursing theory, research, and practice.* (=2008, 江本愛子・江本新監訳『スピリチュアルケア 看護の為に理論・研究・実践』 医学書院.)
- 田崎美弥子・松田正己・中根充文 (2001) 「スピリチュアリティに関する質的調査の試みー健康及び QOL 概念のからみの中でー」『日本医事新報』 4036, 24-32.
- 田崎美弥子 (2006) 「健康の定義におけるスピリチュアリティ」『医学のあゆみ』 216(2), 149-151.
- Towns, W. and Glasser, N. (2003) Recovery: The heart and soul of treatment, Psychiatric Rehabilitation Journal, 27(1), 83-86.
- 鶴若麻理・岡安大仁 (2001) 「スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向」『生命倫理』 11(1), 91-96.
- Walsh, Joseph (1994) Schizophrenics Anonymous: The Franklin County, Ohio experience, Psychosocial Rehabilitation Journal, 18(1), 61-75.
- Walters, J. and Neugeboren, B. (1995) Collaboration between mental health organizations and religious institutions, Psychosocial Rehabilitation Journal, 19(2), 51-57.
- White, W.L. Slaying the Dragon- The history of addiction Treatment and Recovery in America, chestnut Health Systems/Lighthouse institute. (=2007, 鈴木美保子, 山本幸枝, 麻生克郎, 岡崎直人訳『米国アディクション列伝 アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史』 特定非営利活動法人ジャパンマック.
- WHO (1990) Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO expert committee, World Health Organization Technical Report Series 804, WHO. (= 1993, 武田文和訳『がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケアーがん患者の生命へのよき支援のためにー』 金原出版.)
- Wilding, C, May, E, and Muir-Cochrane E. (2005) Experience of spirituality, mental illness and occupation: A life-sustaining phenomenon, Australian Occupational Therapy Journal, 52, 2-9.
- 横山登志子 (2004) 「精神保健福祉領域の「現場」で生成するソーシャルワーカーの援助

観-ソーシャルワーカーの自己規定に着目して-」『社会福祉学』45(2), 24-3.

## 資料 1-1

### AA の 12 の伝統

1. 優先されなければならないのは、全体の福利である。個人の回復は AA の一体性にかかっている。
2. 私たちのグループの目的のための最高の権威はただ一つ、グループの良心のなかに自分を現される、愛の神である。私たちのリーダーは奉仕を任されたしもべであって、支配はしない。
3. AA のメンバーになるために必要なことはただ一つ、飲酒をやめたいという願いだけである。
4. 各グループの主体性は、他のグループまたは AA 全体に影響を及ぼす事柄を除いて、尊重されるべきである。
5. 各グループの本来の目的はただ一つ、いま苦しんでいるアルコールクにメッセージを運ぶことである。
6. AA グループはどのような関連施設や外部の事業にも、その活動を支持したり、資金を提供したり、AA の名前を貸したりすべきではない。金銭や財産、名声によって、私たちが AA の本来の目的から外れてしまわないようにするためである。
7. すべての AA グループは、外部からの寄付を辞退して、完全に自立すべきである。
8. アルコホーリクス・アノニマスは、あくまでも職業化されずアマチュアでなければならない。ただ、サービスセンターのようなところでは、専従の職員を雇うことができる。
9. AA そのものは決して組織化されるべきではない。だがグループやメンバーに対して直接責任を担うサービス機関や委員会を設けることはできる。
10. アルコホーリクス・アノニマスは、外部の問題に意見を持たない。したがって、AA の名前は決して公の論争では引き合いに出されない。
11. 私たちの広報活動は、宣伝よりもひきつける魅力に基づくものであり、活字、電波、映像の分野では、私たちはつねに個人名を伏せる必要がある。
12. 無名であることは、私たちの伝統全体の霊的な基礎である。それは各個人よりも原理を優先すべきことを、つねに私たちに思い起こさせるものである。

AA ワールドサービス社の許可のもとに再録

『保健医療関係者のみなさまへー社会資源としての AA』(2001) NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO)

## 資料 2-1

### 『精神障害体験者のための回復の 8 ステップ〈浦河版〉2001.8』

#### (1) 私は認めます。

私には、仲間や家族さらには専門家の力が必要なことを認めます。私ひとりでは回復できません。

－ひとりでは生きていくことができないということを認めます。それによって助けを得ることができます。もはや、私は一人ではなく、孤独ではありません－

#### <キーワード>

- 仲間の力 ○ 家族の協力 ○ 専門家委の活用 ○ 弱さを認める
- 助けを得る

#### (2) 私は、信じます

今や、私は信じるようになりました。自分自身の中に偉大な内なる力（パワー）が備えられていて、この力（パワー）を用いて自分自身と仲間を助けようとしていることを・・・

#### <キーワード>

- 信じること ○ 自分の力 ○ 自分の可能性 ○ 自分を助ける
- 仲間を助ける

#### (3) 私は、受け入れます。

私は、様々な不快な症状、時には望まない行為によって、自分自身の感情を表現せざるを得なかった事を受け入れます。そして、私は、深い自分自身の感情に気づき、仲間と語り合い、分かり合う事の大切さと可能性を信じるようになりました。

#### <キーワード>

- 不快な症状 ○ 望まない行為 ○ 表現すること ○ 自分の感情に気づく
- 語り合うことの大切さ ○ 自分と付き合う ○ 自分を知る

#### (4) 私は、選びます。

私は、回復を望み、幸せになろうとしています。私は、そのような自分の選択に対して、十分な責任を持ちたいと思っています。そして、それがいい生きがいのある毎日を過ごすためにとても大切な選択であることが、心の底からわかっています。

#### <キーワード>

- 回復を望む ○ 幸せになる ○ 自分の選択 ○ 責任を持つ

(5) 私は、許します。

私は、今までしてきた自分の過ちを許し、弱さを受け入れます。同時に、私は、今までさまざまな方法で傷つけ害してきたあらゆる人々を許します。そして、私自身をそれらのとらわれから解放します。

<キーワード>

- 許すということ    ○ 自分の弱さを受け入れる    ○ とらわれる
- 解放される

(6) 私は、理解します。

今や、私は、誤った考えや自分をくじけさせる考えが、私の失敗、恐れ、不幸を起こしてきた事を理解します。そして、私は、今までの生き方のパターンを根本的に変える準備ができています。これによって、私の人生は変わるでしょう。

<キーワード>

- 誤った考え    ○ 自分を挫けさせる考え    ○ 今までの生き方のパターン

(7) 私は、決心します。

私は、私を超えた偉大な力（パワー）に自分の人生を委ねる決心をしました。今までの自分をありのままに委ねます。そして、私は、私自身が、深いところで変えられることを願います。

<キーワード>

- 私を超えた力    ○ 委ねる    ○ 任せる    ○ ありのまま
- 深いところで変えられる

(8) 私は、伝えます。

私は、精神障害という有用な体験を通じて学んだ生き方を、メッセージとして仲間や家族、そして社会に伝えていきたいと思っています。

<キーワード>

- 精神障害の体験から学んだもの    ○ メッセージを伝える事の大切さ

## 資料 2-2 SA 各グループの経過一覧

浦河	年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加対象	形式	スタイル
開始時	2000年(平成12年)	毎火18:30～20:00	1時間半	浦河日赤病院の一室		統合失調症、その他の疾患も可	オープン	前半 1ステップずつ取り上げ8週で1クール 後半 サブステップを使う 言いつ放し聴きっぱなし
経過途中	2002年頃(平成14年) 2003年頃(平成15年) 2005年頃(平成17年) 2007年頃(平成19年) 2010年(平成22年)				10数名  2, 3名 1人の時もあり立ち消え寸前			
現在	2012年(平成23年)	毎金18:30～20:00 毎14:00～15:00(女性)	1時間半	浦河協会 レインボーハウス3階	5, 6名 チェアマンはある程度固定化	統合失調症、その他の疾患を抱える人も可	オープンとクローズド	前半 1ステップずつ取り上げ8週で1クール 後半 サブステップを使う 言いつ放し聴きっぱなし

浦河	年	ビジネスミーティング	広報	窓口	集まり・交流	きっかけ	支援者と支援	現状と課題
開始時	2000年(平成12年)	開始当時開催		特になし		清水里香さんの声から	向谷地氏 SAの情報 協同で8ステップの作成 サブステップの資料提供	
経過途中	2002年頃(平成14年) 2003年頃(平成15年) 2005年頃(平成17年) 2007年頃(平成19年) 2010年(平成22年)	実施していない 再度開催(週1回 火曜18:30～)	参加を呼びかけたがあまり効果なかった		記念パーティの開始(OSM形式)			
現在	2012年(平成23年)	毎火曜18:30～よかったところ、苦労したところ、さらによくしたいことを話す 1～2, 3名	特になし	特になし セルフサポートセンター浦河	毎年12月周年パーティ ゲーム、お茶、SAについて語る 過去に通ってた人なども含め30名ぐらい集まる		ミーティング会場の提供 周年パーティの会場提供、手伝い 極力手伝ってもらわないように	SHGは貴重。なかなか続けるのが大変 みんなで何とかSAの灯が消えないように持ちこたえているという感じ SAを途絶えさせないようにして交流をひろげていきたい つながりを増やしたい

札幌	年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加対象	形式	スタイル
開始時	2001年 (平成13年)	不定期。月1回等		教会や公の施設をその都度借りる		生きづらさを抱えている人	オープン	お茶飲みながら、食事しながら
経過途中	2004年頃 (平成16年)	毎木曜日19時～20時半		あさかげ生活支援センターの一室	14、5名の時も  1名がずっと来ていたことも		オープン	自己病名 前半8ステップ。ステップを1つ選んで話す。 休憩 後半、テーマミーティング、ディスカッション(分かち合い)
現在	2012年 (平成23年)	毎木曜日19時～20時半	1時間半	あさかげ生活支援センターの一室	1、2名～6、7名。夏多く、冬少ない。	生きづらさを抱えている人。診断名こだわらず、治療の有無も関係なし	オープン	自己病名 前半8ステップ。ステップを1つ選んで話す。 休憩 後半、テーマミーティング、ディスカッション(分かち合い)

札幌	年	ビジネスミーティング	広報	窓口	集まり・交流	きっかけ	支援者と支援	現状と課題
開始時	2001年 (平成13年)			特になし		浦河からの帰り向谷地氏に車の中でS氏が札幌でもと勧められた	向谷地氏 札幌での立ちあげをすすめる 始めの頃参加	
経過途中	2004年頃 (平成16年)	試みたが人が集まらず		仮代表はいたり。代表を作ったがまとめようとしてうまくいかないことが分かった			ステップの簡略版作成	
	2011年 (平成22年)	運営上必要なことがあったので一度開催						
現在	2012年 (平成23年)		口コミ	特になし セルフサポートセンター札幌	苫小牧、ベテランの周年ミーティングに参加。 フェローで食事に行ったり、花見などのイベントが多い			札幌SA実は実態がない。連絡先もない。 AAのようなオフィスみたいなものがSAでもできたら。。



苫小牧	年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加対象	形式	スタイル
開始時	2005年 (平成17年) 5月21日	毎日曜日 14:00から 15:30	1時間半	苫小牧市民活動センター(家族会の会長名をかりて)	3, 4名 (第1回6名)		オープン	8ステップ
経過途中	2006年 (平成18年)  2007年 (平成19年) 5月  2009年 (平成21年)  2010年 (平成23年) 11月 2011年 (平成24年)			7月からはS氏の名前で貸してもらえることになる	5名～8名  5名～6名   1ヶ月位一人で誰も来ないときがある			8ステップを6ステップに変更
現在	2012年 (平成24年)	毎日曜日 14:00～ 15:30	1時間半	苫小牧市民活動センター	3, 4名		オープン	6ステップ採用

苫小牧	年	ビジネスミーティング	広報	窓口	集まり・交流	きっかけ	支援者と支援	現状と課題
開始時	2005年 (平成17年) 5月21日	SAを立ち上げるのに興味ある人残っていった2名とともに初ビジネス	市民会館にポスターを貼らしてもらったり、ちらしをおかしてもらった家族会のHP	S氏		S氏がAA/断酒会に所属していた浦河のSAIに行って	当時の主治医には反対された。断酒会の仲間の応援	
経過途中	2006年 (平成18年)  2007年 (平成19年) 5月  2009年 (平成21年)  2010年 (平成23年) 11月 2011年 (平成24年)		開始9ヶ月後にかわら版1号  かわら版 ボランティアセンター、アイビープラザ、勤労青少年ホーム、心身障害者センターに  胆振管内の病院や関係機関に配布 浦河・札幌SAに送付 市内外11カ所の公共施設にパンフレット、かわら版を置く  苫小牧市文化会館にかわら版をおく		一周年ごとにオープンミーティングを開催  2周年記念 浦河・札幌SAからの参加 関係者の参加  OSAのHPをみてS氏からOSAに手紙  来阪時にOSAメンバーと食事会  6周年記念 大阪SAメンバー関係者参加			
現在	2012年 (平成24年)		家族会のHP、公共施設などにパンフレットやかわら版をおく	S氏	1周年毎の記念オープンMT開催			グループをやっていくのは大変

大阪	年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加対象	形式	スタイル
開始時	2008年 (平成19年) 1月	第4金曜 18:30～20:00	1時間半	Aクリニックの一室	4,5名	統合失調症、 非定型精神病	クローズ	自己病名 前半 各々がステップ を選び体験を話す 後半 テーマトーク 言いっ放し聴きっぱなし 平安の祈り
経過途中	2009年 (平成20年)  2010年 (平成21年)  2011年 (平成22年) 5月  2011年 (平成22年) 11月	第2金曜 18:30～20:00 が始まる (もう少しみんな で会いたいね)			メンバー固定 化せず		オープン	
現在	2012年(平 成23年)	第2金曜 18:30～19:45 第4金曜 18:30～19:45	1時間半	Aクリニックの一室	6, 7名 チェアマンは 毎回交替	統合失調症、 非定型精神病	第2 クローズ 第4 オープン 但しオープン参 加には第2金ま でに連絡を	自己病名 前半 各々がステップ を選び体験を話す 後半 テーマトーク 言いっ放し聴きっぱなし

大阪	年	ビジネスミーティング	広報	窓口	集まり・交流	きっかけ	支援者と 支援	現状と課題
開始時	2008年 (平成19年) 1月	開始1ヶ月前から 月1回金曜日 開始	大々的に はしない HPは作成	やまさん		PSWの声 かけ 北海道の SAに参加 した2名の メンバー から	SA・AAの 情報 ビジネス M参加 (CL関係 者)	
経過途中	2009年 (平成20年)  2010年 (平成21年)  2011年 (平成22年) 5月  2011年 (平成22年) 11月	実施終了 オープンに向け再開  OSM開催後終了			4月11日 OSM開催 AAのOSMをモデル  11月 苫小牧SA S氏 来阪で懇親会 苫小牧SAオープン に参加			
現在	2012年(平 成23年)	実施していない 意志決定はテーマト ークの時間を利用(クロ ーズのときが多い)	大阪セル フヘルプ支 援センター に登録 HP くちこみ	やまさん	苫小牧SAオープン に参加		必要など きに協力 依頼	ミーティングができてからOK みんな力をつけて、新しい人を迎え入 れていこうという目標にまだ届いてない (AAのスポンサーにあたるような)  個々のメンバーの経験(世界)が狭くス テップの理解が浅くなる 新しい人をどう迎えていくか  OSAの良さの感覚を説明する言葉が 共有できてない(効果が何かと言われ ても・・・)

まほろば	年	日時	時間	場所	1回の参加人数	参加対象	形式	スタイル
開始時	2012年4月 (平成23年)	第1火曜 19:00～21:00	2時間	奈良社会福祉センター	7名	統合失調症、 非定型精神病	クローズ	自己病名 前半 各々がス テップを選び体験 を話す 後半 テーマトーク 言い放し聴き放し

まほろば	年	ビジネス ミーティング	広報	窓口	集まり・ 交流	きっかけ	支援者と支援	現状と課題
開始時	2012年4月 (平成23年)			やまさん (取り次ぎ サークルN: SHG)		精神保健福祉セ ンターの精神保 健相談員のはた らきかけ	SA(回復のための8ス テップ)学習会開催 (H23年9月10日～H24年 1月10日)までの10回 1回2時間 当事者及び支援者対象	まほろば版チェアパーソン肩 マニュアル作成 →チェアパーソンもちまわり まほろば版ハンドブック作成 予定

## 資料 2-3

### 聞き取り調査のご依頼

現在、私は精神の病気を患った方々が自分の病気や人生をどのように受けとめそして回復していかれるのかについて、特にスピリチュアリティの視点から研究をおこなっています。

この研究を進める中で、ステップを基本にした自助グループ SA の存在に注目し、これまで浦河 SA や大阪 SA のメンバーの方に調査のご協力をいただきました。

SA は個々人の回復にとって非常に意味のあるものだと思いますが、日本ではなかなか広まっていません。そこで、今回の調査では浦河でミーティングが始まって 10 年過ぎ、これまでのそれぞれの SA グループの歩みと現在の状況を明らかにしたいと考えています。

つきましては、インタビューでお話を伺えましたら幸いです。お話されたことはレコーダーで録音させていただきますが、内容は研究過程でのみ使用します。結果報告は学会や論文にて発表させていただきますが、個人情報厳守いたします。

また、それぞれのグループの活動状況などの結果についてはご協力いただいたグループで情報を共有して SA の発展に活用していただけたらと思っております。

お忙しいとは存じますが何卒よろしくお願い致します。

H23 年 3 月 1 日

福井県立大学  
看護福祉学部社会福祉学科  
講師 橋本直子  
e-mail hashimoto@fpu.ac.jp

### 資料 3-1

#### SA 参加の方々へ

現在、私は精神の病気を患った方々が自分の病気や人生をどのように受け止めそして回復していかれるのかについて、特にスピリチュアリティの視点から研究をおこなっています。

今回、この研究を進める中で、ステップを基本にした自助グループ SA の存在に注目しました。SA は個々人の回復にとって非常に意味のあるものだと思いますが、日本ではまだほとんどおこなわれていません。そこで、浦河での SA ミーティングがどのような特性をもっているのか、また参加されている方はミーティングの中でどのような取り組みをされているのかその実態を明らかにしたいと考えました。

つきましては、グループでのインタビューで皆様のお話を伺えましたら幸いです。この会でお話されたことはビデオとレコーダーで録画録音させていただきますが、内容は研究過程でのみ使用し、個人情報厳守いたします。お忙しいとは存じますが何卒よろしくお願い致します。

H19 年 8 月 7 日

関西学院大学大学院社会学研究科

博士課程後期課程 社会福祉学専攻

橋本 直子

e-mail bws79725@kwansei.ac.jp

## 資料 3-2

### インタビューの手順

- 1 今日はお忙しいところ皆さんにお集りいただきありがとうございます。
- 2 今日集まっていたいたのは、普段皆さんが SA のミーティングに参加されるなかでどのような回復をされているのか、またステップをどのように理解しているのかといったことをお聞かせいただけたらと思いました。
  - 1 ミーティングに参加して自分が気づいたこと変化したことを教えてください。
  - 2 ステップについて思っていることを教えてください。  
ステップは必要か？ どのステップが好きか？
  - 3 『私を超えた偉大な力』をどのように理解していますか？
  - 4 色々な活動やミーティングがある中で SA ミーティングの存在意義／魅力は何ですか？（どうして SA のミーティングに参加しているのか？）
- 3 グループインタビュー法の説明
  - \* 時間としては1時間半～2時間を予定しています。
  - \* ご自身の考えや意見を述べてください。間違っている意見等はありませんので賛成、反対もふくめていろいろな意見をお話ください。話をしたいと思ったときにご意見をくださってけっこうです。  
ただ、他の人が話をしている時にはお話にならないようにしてください。  
時間が限られていますので、お話の途中で止めていただいたり、議論の方向をかわしていただくこともありますのでご了承ください。
  - \* 今日皆さんにお話していただく内容を貴重な意見としてもれなく生かしたいと思いますので、テープとビデオにとることに協力をお願いします。  
内容に関しては研究過程でのみ使用させていただき、個人が特定されることは一切ありません。どうぞ率直なご自身のご意見をお聞かせください。

## 承諾書

私はグループインタビューへの参加を承諾します。

H        年        月        日

ご芳名 \_\_\_\_\_

資料 3-4 i

様

H22 年 4 月 17 日

インタビュー調査への協力について

拝啓

陽春の候、ますますご健勝のことと存じます。

さて、この度インタビュー調査をお引き受けいただき誠にありがとうございます。今回のインタビューの目的は、セルフヘルプグループの立ち上げにご自身が関わった体験を中心にお話をお伺いしたいと思います。前回 H15 年(2003 年)にも一度「病名告知から現在に至るまでの体験」についてお伺いしましたが、それ以降の体験を語っていただくということにもなります。

お聞きしたことは研究目的以外には用いません。論文や報告書等を作成する際には、プライバシーを厳守させていただきます。また、協力を拒否されたり、あるいは途中で止められてもご自身の不利益になることはいっさい生じません。

一連の研究は、精神障がい者の方への理解、セルフヘルプグループの発展に寄与する研究と考え取り組んでおります。

何卒よろしくお願い致します。

敬具

記

インタビュー日時	H22 年 5 月 日 ( ) 時 ~
場所	新阿武山クリニック
時間	約 1 時間程度
インタビュー形式	半構造化面接
お尋ねする内容	OSA に関するご自身の考えや思い及び病気とどう付き合ってきたかについて

以上

新阿武山クリニック PSW 貴村知子

福井県立大学 看護福祉学部 橋本直子



資料 3-4 ii

様

H22 年 11 月 12 日

インタビュー調査への協力について

拝啓

朝晩の冷えこむようになりましたが、皆様におかれましてはますますご健勝のことと存じます。

さて、この度インタビュー調査をお引き受けいただき誠にありがとうございます。今回のインタビューの目的は、セルフヘルプグループの立ち上げにご自身が関わった体験とご自身がどのように病気と付き合ってきたかを中心にお話をお伺いしたいと思います。お聞きしたことは研究目的以外には用いません。論文や報告書等を作成する際には、プライバシーを厳守させていただきます。また、協力を拒否されたり、あるいは途中で止められてもご自身の不利益になることはいっさい生じません。

一連の研究は、精神障がい者の方への理解、セルフヘルプグループの発展に寄与する研究と考え取り組んでおります。

何卒よろしくお願い致します。

敬具

記

インタビュー日時	H22 年 11 月    日 (    )    時 ～
場所	新阿武山クリニック
時間	約 1 時間程度
インタビュー形式	半構造化面接
お尋ねする内容	OSA に関するご自身の考えや思い 及び病気とどう付き合ってきたかについて

以上

福井県立大学 看護福祉学部 橋本直子

新阿武山クリニック PSW 貴村知子

資料 3-5

インタビュー調査への承諾

インタビュー調査の主旨及び手続きに同意し、協力します。

平成 年 月 日 お名前 \_\_\_\_\_

#### 資料 4-1

様

さて、この度はインタビューを快諾いただき、誠にありがとうございました。我々はインフォームドコンセントをうけた皆様がクリニックでの治療や小さな集いへの参加等をおして病気を受容していくプロセス、また、そのプロセス形成要因を明らかにすることを目的とした研究を計画しています。当事者の方々へのインタビューは研究の中心となります。録音されたインタビューの内容に関しては研究過程でのみ使用させていただきますので、ご協力宜しくお願い致します。

尚、調査に関しては新阿武山クリニック平野所長の了解と協力をいただいております。

以下、調査の枠組みを記しますので、ご確認下さい。

対象者            新阿武山クリニックの小さな集い参加者

時間             一人 1 時間～1 時間半

方法             半構造化面接＜質問は用意していますが、ある程度自由に話していただく形式になります。

質問例) 病気を告知された時にどう感じましたか？＞

インタビューはテープで録音をします

場所             新阿武山クリニック

平成 15 年 3 月 20 日

北海道医療大学

横山登志子

新阿武山クリニック

橋本直子

## 資料 4-2

様

H24 年 2 月 10 日

### インタビュー調査への協力について

拝啓

梅花の候、皆様におかれましてはますますご健勝のことと存じます。

さて、この度インタビュー調査をお引き受けいただき誠にありがとうございます。今回のインタビューの目的は、セルフヘルプグループ参加から 3 年、また奈良 SA 講習会の経験を経て、ご自身が現在どのように、病気をどう受け入れているのかを中心にお話をお伺いしたいと思います。また、現在の大阪 SA の現状についてご質問をさせていただきたいと思います。

お聞きしたことは研究目的以外には用いません。論文や報告書等を作成する際には、プライバシーを厳守させていただきます。また、協力を拒否されたり、あるいは途中で止められてもご自身の不利益になることはいっさい生じません。

一連の研究は、精神障がい者の方への理解、セルフヘルプグループの発展に寄与する研究と考え取り組んでおります。

何卒よろしくお願い致します。

敬具

### 記

インタビュー日時	H24 年 3 月 15 日（木）15 時 ～
場所	新阿武山クリニック
時間	約 2 時間程度
インタビュー形式	半構造化面接
お尋ねする内容	前回のインタビュー調査からの経験と自身の考え 大阪 SA の現状

以上

福井県立大学 看護福祉学部 橋本直子

新阿武山クリニック PSW 貴村知子

## 資料 4-3

様

H25 年 3 月 1 日

インタビュー調査のお願い

拝啓

早春の候、ますますご健勝のことと存じます。

さて、この度インタビュー調査をお引き受けいただき誠にありがとうございます。今回のインタビューの目的は、昨年度のインタビュー調査以降のご自身の体験と現在のお考えを中心にお話をお伺いしたいと思います。

お聞きしたことは研究目的以外には用いません。論文や報告書等を作成する際には、プライバシーを厳守させていただきます。また、協力を拒否されたり、あるいは途中で止められてもご自身の不利益になることはいっさい生じません。

一連の研究は、精神障がい者の方への理解、セルフヘルプグループの発展に寄与する研究と考え取り組んでおります。

何卒よろしくお願い致します。

敬具

記

インタビュー日時	平成 25 年 4 月 14 日（日）10 時 30 分～
場所	新阿武山クリニック
インタビュー形式	半構造化面接
お尋ねする内容	前回のインタビュー調査からの経験と自身の考え 回復とは（病気をどう受け入れてきたか）

以上

福井県立大学 看護福祉学部 橋本直子

新阿武山クリニック PSW 貴村知子

資料 4-4

インタビュー調査への承諾

インタビュー調査の主旨及び手続きに同意し、協力します。

平成 年 月 日 お名前 \_\_\_\_\_

資料 4-5 A 氏の生活状況とライフイベント

西暦	元号	月	年齢	治療 病状	機関G		OSA		MSA	CL-病院イベント	その他イベント	生活		Dr. PSW	手記・調査
					グループ	Y氏	グループ	A氏				生活	家族		
1997	平成9	11		初診 1回/週 通院						心理教育セミナー「病気のこ とちゃんと知ろう」			初診、両 親同伴		
1998	平成10	1		1回/2週 通院		初参加						父、定年退 職	主治医より機関G参加 の勧め		
		2										コンビニで3回/週 アルバイト開始			
		3								クリニック開設10周年 記念集会		簿記2級検定受検			
		7										簿記2級検定不 合格			
1999	平成11	3										通信で簿記学習 簿記2級検定不 合格			10周年記念誌「私が 病気であることを受容 するまで」
		4				PSWが同会担当 開始									
		8								心理教育セミナー第3回 〈病気のこちゃんと知ろう〉		検定試験に向けア ルバイトをやめる			
		11										簿記2級検定不 合格			
2000	平成12	5		通院中断 再発 再初診								土、日夜理療学 校への通学開始			
		9								心理教育セミナー第5回 〈病気と向き合う〉		簿記1級検定不 合格			
		11	35												
2001	平成13	3										コンビニでのアル バイト週4日	父のみ受 診		
		10										夏から就活、4カ所 ダメ	主治医が福祉関係の 仕事をすすめる		
		11								心理教育セミナー第6回 〈共に生きる〉		簿記1級不 合格	父、就職セ ミナー会場		
		12										10社位面接ダメ A専門学校の説明 会参加(OTを志 す)			
2002	平成14	1										A専門学校受検 不合格			
		10										A専門学校受検 不合格			
		12			心理教育セミナーで 小さな集いモデル ミーティング					心理教育セミナー第7回 〈わからあい〉		B専門学校受検			小さな集い冊子「ダメ ジを受けたのは脳だけ というんじゃ、心が可哀 想でずっと小さな集いが 必要な家」
2003	平成15	4													
		6								クリニック15周年記念集会 体験談発表					インクデビュー1 病気を 受容するまで
		11								心理教育セミナー第8回〈よ り豊かに生きるために〉					15周年記念誌「小さな 集いに参加して」

西暦	元号	月	年齢	治療 病状	機関G	OSA		MSA	OL・病院イベント	その他イベント	生活	Dr. PSW	手記・調査
					グループ Y氏	グループ A氏					生活 家族		
2004	平成16	1			PSW司会文芸						年末年始 に30年ぶ り家族旅		
		11							心理教育セミナー第9回 〈病に負けたらどう〉				
2005	平成17	3		ダイエット 参加							実習のうちきり :留年決定		
		11							心理教育セミナー第10回 〈病気のこころと知ろう 〉				
2006	平成18	6									実習のうちきり		
		7		軽い再発									
		11							心理教育セミナー第11回 〈今日から明日へ〉				
2007	平成19	3											
		4											
		8			べてる浦河SA札幌SA に氏と共に参加						特養で介護助手の アルバイト	PSWがべてるへの見 学を誘う	
		9			OSAの立ちあげに 小さな集いのメンバー に同意							主治医所長退任	
		9				SAの立ちあげ表明、PSW に協力依頼						PSWがBMを提案	
2008	平成20	1											
		1											
		6											
		7											
		10											
2008	平成20	12			(機関Gの中でプレ BMを開催)	プレBMを開催			心理教育セミナー第12回 〈生活習慣からみるこころの 健康〉			心理教育セミナー第 12回「語ることから始 めよう 仲間と共に」～ 「べてるの家」SAの 報告	
2008	平成20	1				AAのメッセージに参加 BMOを開催							
		1				第1回OSAを1/25(金)開催							
		6				関西AL関連問題学会総会に てOSAメンバー体験談 (Y氏 1名)						関西AL関連問題学会 総会にてOSA講演(D r. PSWメンバー)	
		7				第6回BMはいったん終了。 今後必要な時に開催							
		10				第7回BM 口座開設と心理 教育セミナー依頼のため							
2008	平成20	12				心理教育セミナーでOSAデモ ミーティング(4名)	心理教育セミナーでOSA、 ステップについての紹介		心理教育セミナー第13回〈語 り続けよう 仲間と共に〉			心理教育セミナーで PSWが「小さな集い」か らOSAへをテーマに 講演	



西暦	元号	月	年齢	治療	病状	機関G		OSA		MSA	CL・病院イベント	その他イベント	生活		Dr. PSW	手記・調査
						グループ	Y氏	グループ	A氏				生活	家族		
2009	平成21	3											専門学校卒業 国家試験不合格		PSWがOSMを提案 AAO OSM参加を提案 AAのOSMにメンバー と参加	
		9						第8回BM								
		11						メンバー、PSWでのAAO OSMに参加	AAO OSMに参加							
		12						第9回BM OSM内容検討				心理教育セミナー第14回				
2010	平成22	1						第10回BM							AAメンバーにスピー カー依頼	
		3						プレOSM(体験談)ハ ンター					国家試験不合格			
		4						OSA第1回オープンスピー カーズM	Y氏と共に司会担当 オープンスピーカーズ	奈良の支援者、当事者 が参加						
		4						「幸せになろうみんなと」70 名参加	体験談集「回復への8ス テップの理解の試み」執筆							インタビュー2 SAを経 験しての変化
		6						第30回 大阪・地域精神医 療・福祉を考える会総会 参加 SAの紹介					作業所の ボランティア コンビニバイト		第30回 大阪・地域精 神医療・福祉を考える 会総会 シンポジスト DY(病名告知からSA 誕生まで)の紹介	
2011	平成23	3						心理教育セミナーで大阪SM ンバー体験談(1名) デモミートアップ(5名) 吉小牧メンバー体験談 メンバー迎え懇談会	デモミートアップ参加		心理教育セミナー第15回(幸 せになろう みんなと)					
		5						京都 当事者による当事者 のためのシンポジウム「統 合失調症を持つ私から あ なたへ」集会でSMメンバー 体験談披露(2名) 表川氏と共に)				京都 当事者による当事 者のためのシンポジウム 「統合失調症を持つ私か ら あなたへ」集会	(一)月食道 OT国家試験合格 父入院			
		9						PSW(K)と共に吉小牧OSM に参加		奈良SA学習会(1) (2)				父死去	(1)/2)参加	札幌OSM総会後の感 想
		10								奈良SA学習会(3) (4)					(4)参加	
		11								奈良SA学習会(5) (6) (7) 向谷地氏講演		外科医院にOTとし て就職		(7)参加		
		12						ミーティングが月2回に、 1/2回はオープンに		奈良SA学習会(8) (9)					(9)参加	

西暦	元号	月	年齢	治療	病状	機関G	OSA	MSA	CL-病院イベント	その他イベント	生活	Dr. PSW	手記・調査
						グループ	Y氏	グループ	A氏		生活		
2012	平成24	1							奈良SA学習会(10)	心理教育セミナー第16回		(10)参加	インタビュー3 SA継続 の中での変化
		3							D-講演			札幌SA 浦河SA調査	
		4							奈良MSA月1回開始			苫小牧OSM参加	
		5						MSAのメンバーと苫小牧 OSMに参加					
		7									京都 当事者による当事 者のためのシンポジウム 「統合失調症を持つ私か ら あなたへ」集会で資格 取得体験を話す		
		9										父の供養 のために お寺に通 い出す	
		11				心理教育セミナーOSAメン バー名 体験談		OSAへの参加最後	心理教育セミナーで奈 良メンバー2名 体験談	心理教育セミナー第17回く もに 自分らしく「奈良にSA ができるまで そして現状」 増井龍治			
		12				会場がCLから市民交流セン ター夏淀川に							
2013	平成25	4											インタビュー4 病気を どう認識したか
		5							サークルN SA勉強会				
		6							サークルN SA勉強会				
		7							サークルN SA勉強会				
		8							サークルN SA勉強会				
		9							サークルN SA勉強会				
		10							サークルN SA勉強会				
		11							心理教育セミナーで奈 良MSAメンバーとして 体験談発表	心理教育セミナー第18回(幸 せになろう みんなと ~とも に 自分らしく~			
2014	平成26	12							サークルN SA勉強会				「病気の友人を切り捨 ててしまったこと」 「信仰をもって分かった こと」を執筆  「体験を発表することに ついて」
		1							サークルN SA勉強会				
		2											